

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

RAPPORT DE STAGE
PRÉSENTÉ AUX
MEMBRES DU JURY
MME CAROLINE LARUE
M. MARIO BROCHU
EN VUE DE LA RÉALISATION DU GRADE DE
MAÎTRISE ÈS SCIENCES (M. Sc.)
EN SCIENCES INFIRMIÈRES, OPTION FORMATION

PAR
VALÉRIE LACHAPELLE

L'APPRENTISSAGE DE L'ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE DANS LA
FORMATION DES INFIRMIÈRES

21 DÉCEMBRE 2015

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma mère qui a su par son amour inconditionnel, sa patience sans limite et son dévouement perpétuel m'amener à réaliser mon rêve professionnel qu'elle sait que je chéris depuis ma tendre enfance, et ce, malgré toutes les angoisses et tous les défis qui se sont présentés.

J'aimerais aussi remercier mon conjoint et bientôt mari qui été pour moi un modèle de persévérance et d'ambition. Il a su décimer mes doutes et mes remises en question par son amour et par son don précieux qu'il a de me faire rire même dans les plus durs moments. Je le remercie également pour la confiance sans égal qu'il a en la femme que je suis.

Je souhaite aussi remercier mes amies qui ont été en quelque sorte les anges-gardiens de ma santé mentale pendant ce périple. Bien que nous évoluions aujourd'hui dans différents milieux, vous êtes toutes des infirmières et des femmes que j'admire et cela m'a poussée à atteindre mes propres buts, tel que ce projet.

Je remercie ma directrice de maîtrise, Mme Caroline Larue pour sa compréhension, le partage de son expertise et son accompagnement à travers mon parcours académique au deuxième cycle. Sa patience et ses critiques constructives m'ont énormément permis de progresser.

Je voudrais aussi remercier l'équipe de formateur qui s'est jointe sans réticence à mon projet et qui a enrichi celui-ci par leurs expériences et suggestions.

Finalement, j'aimerais remercier les deux cohortes d'étudiants du baccalauréat en sciences infirmières qui ont participé activement lors de la mise à l'essai de mon projet.

Table des matières

Problématique et contexte de stage.....	5
Importance du problème.....	5
Contexte.....	5
Cadre de référence.....	7
Le but, les objectifs de stage et d'apprentissage poursuivis et les retombées attendues.....	11
Le but.....	11
Les objectifs de stage et d'apprentissage.....	11
Les retombées attendues.....	12
Recension des écrits.....	13
Définition de l'évaluation de la condition mentale.....	13
Contenu et modalité pour effectuer une évaluation de la santé mentale.....	13
La formation par compétence.....	17
L'utilité de la vidéo.....	18
Plan de déroulement du stage.....	20
Formations préalables.....	20
Échéancier du stage.....	20
Déroulement du stage.....	21
Étapes préparatoires au stage.....	21
Étapes effectuées lors du stage.....	23
Première cohorte.....	23
Deuxième cohorte.....	24
Étapes consécutives au stage.....	25
Discussion.....	26
Pertinence du stage.....	26
Atteinte (ou non) des objectifs de stage.....	26
Atteinte (ou non) des objectifs d'apprentissage.....	27
Résultats de l'intervention.....	30
Auprès des étudiants.....	30

Auprès des tutrices.....	34
Les limites et les forces du stage et de l'intervention	35
Les limites.....	35
Les forces.....	35
Les retombées sur le milieu de la formation et la pratique infirmière.....	36
Pour les étudiants.....	36
Pour l'équipe de formateur.....	36
Pour la pratique infirmière et les patients.....	36
Recommandations.....	38
Pour la formation infirmière.....	38
Pour les milieux de pratique.....	38
Pour la recherche.....	38
Références.....	40
Appendice A : Objectifs de stage et moyens d'évaluation.....	43
Appendice B : Description, avantages et limites des différentes entrevues qualitatives.....	47
Appendice C : Échéancier du stage.....	50
Appendice D : Canevas pour la collecte de données.....	54
Appendice E : Collecte de données – Version tuteur.....	62
Appendice F : Plan thérapeutique infirmier de M. X – Version tuteur.....	68
Appendice G : Plan de soin thérapeutique infirmier pour M. X – Version tuteur.....	71
Appendice H : Déroulement du laboratoire.....	73
Appendice I : Sondage d'appréciation de l'activité par les étudiants.....	77
Appendice J : Sondage d'appréciation de l'activité par les tutrices	80
Appendice K : Compilation des résultats du sondage des étudiants (1 ^{ère} cohorte).....	82
Appendice L : Compilation des résultats du sondage des étudiants (2 ^e cohorte).....	85
Appendice M : Commentaires de l'équipe de formateurs (1 ^{ère} cohorte).....	88
Appendice N : Commentaires de l'équipe de formateurs (2 ^e cohorte).....	90

Problématique et contexte de stage

Afin de comprendre la nécessité d'effectuer le présent projet, il faut dans un premier temps, bien comprendre l'importance du problème, la pertinence de l'évaluation de la condition mentale dans la pratique infirmière, ainsi que le contexte qui en découle. De plus, un cadre de référence sera proposé afin de guider l'élaboration de ce projet.

Importance du problème

Selon la Commission sur la santé mentale du Canada 2012-2013, 20% des Canadiens/Canadiennes sont atteints d'une maladie mentale. C'est-à-dire qu'une personne sur cinq en est atteinte. Il est donc possible, pour les infirmières, de retrouver des personnes souffrant de troubles mentaux sur tous les départements. Il est donc primordial pour ces professionnelles de la santé d'être en mesure d'évaluer la condition de santé mentale des personnes/familles. De plus, la pertinence de l'évaluation infirmière dans le domaine de la santé mentale est aussi démontrée par l'une de ses activités réservées : « Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2014b, p.1). Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) : « Si la pratique est la raison d'être de la profession, la formation, quant à elle, est le moyen de préparer les professionnelles à exercer cette pratique avec compassion et justesse, et de façon sécuritaire. » (2010, p.153). Pour ces raisons, il est essentiel de s'en préoccuper dans la formation des futures infirmières.

Contexte

La formation à l'évaluation de la santé mentale nécessite des savoirs mais surtout une exposition clinique pour en faciliter l'intégration. Cependant, compte tenu des difficultés importantes à trouver des places de stage, 63% des collèges qui ont participé à une étude québécoise ne parviennent pas à offrir toutes les heures de stage prévues et ce, particulièrement en pédiatrie, en périnatalité et en santé mentale (OIIQ, 2009b). Selon le comité d'experts sur les stages clinique (OIIQ, 2009b), le stage en santé mentale devrait être constitué de 120 heures de pratique en milieu clinique. À l'Université de Montréal, ce stage n'est que de 90 heures pour la plupart des étudiants. De plus, selon l'OIIQ (2009b), depuis les années 1980, le contenu en santé mentale dans les programmes des sciences infirmières a continuellement diminué malgré plusieurs raisons qui évoquent l'importance du rehaussement des compétences dans ce domaine.

Effectivement, l'évolution significative des connaissances scientifiques, les changements rapides engendrés par la modernisation (recherche, technologie, etc.), ainsi que la complexification des soins (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010) nécessite un rehaussement des compétences en sciences infirmières et une formation permettant de faire le lien entre la théorie et la pratique. En effet, selon une étude effectuée aux États-Unis par Benner, Molly et Sutphen (2010), la formation des infirmières doit subir une transformation majeure et profonde compte tenu du fossé grandissant entre la formation et la pratique qu'entraînent ces changements rapides. Le fait que les heures de formation académique et que le temps d'exposition clinique sont minimaux incite à trouver d'autres moyens pour que les étudiantes puissent s'exercer à l'évaluation de la condition mentale et à intensifier l'expérience clinique.

Parmi ces moyens, le comité d'experts sur les stages cliniques (OIIQ, 2009b), a soulevé que 30% des établissements scolaires collégiaux remplaçaient les heures de stage par du temps en laboratoire afin d'y pallier. Ces laboratoires, organisés autour de situations cliniques le plus authentique possible ont d'ailleurs menées à une recommandation générale : « Créer un répertoire d'activités complémentaires, à partir de données probantes, afin d'enrichir la préparation des stages [...] » (OIIQ, 2009b, p. 16). Ainsi, par l'intégration d'éléments tirés de la réalité (situation authentique), il est possible de reproduire en partie la complexité de la pratique réelle (Henneman, Cunningham, Roche & Curnin, 2007). Dans cette optique, il est donc souhaitable dans les laboratoires de choisir une formule pédagogique reproduisant une situation réelle et juste même si celle-ci est simplifiée (Chamberland, Lavoie & Marquis, 2011) afin de faciliter l'intégration des ressources nécessaires au développement des compétences.

Actuellement, le cours de santé mentale *SOI2604 : Expérience en santé mentale* du programme du baccalauréat de soins infirmiers de l'Université de Montréal est donné en 2^e année du programme de trois ans. Ce cours, en approche par compétence est de 180 heures et comprend six situations d'apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC), cinq cours théoriques et cinq laboratoires. Dans ce cours, l'évaluation de la condition mentale est assurée par un cours théorique portant sur la démarche de soins (trois heures) ainsi que par un laboratoire portant sur un exercice de démarche de soins qui est lui-même amorcé par l'évaluation de la condition mentale de la personne. C'est ce laboratoire qui est au cœur du présent stage. Dans ce laboratoire, il y a une utilisation d'une vidéo datant de 1988 qui présente une entrevue d'évaluation de la condition mentale par un psychiatre. L'objectif de ce dernier est d'éliminer la possibilité de

diagnostics différentiels en faisant une évaluation spécifique de la condition de santé de la personne. Cette évaluation est effectuée à l'aide d'une entrevue semi-structurée, en vue de déterminer le diagnostic psychiatrique. Cette vidéo est utilisée dans le cadre du cours *SOI2604 : Expérience de santé mentale* à une autre fin : il s'agit, pour les étudiants, d'utiliser la collecte de données humaniste-*caring* de l'Université de Montréal pour collecter des données sur les émotions, comportements et idées émises par le patient afin d'identifier des problèmes de soins infirmiers potentiels, de planifier les soins et de choisir des interventions infirmières appropriées. Compte tenu de la date de réalisation de la vidéo (1988) et de l'évaluation qui est effectuée par un psychiatre et non par une infirmière, cette vidéo est considérée comme désuète et inappropriée aux situations que les étudiants seront susceptibles de rencontrer dans leur pratique comme futurs infirmiers. Afin de favoriser une acquisition de connaissances déclaratives et procédurales satisfaisantes permettant aux étudiantes d'effectuer une évaluation de la condition mentale complète et effective auprès des personnes/familles et ce, malgré l'exposition clinique insuffisante et/ou la diminution du temps accordé au contenu dans le domaine de la santé mentale, il serait primordial de mettre à jour cette vidéo et d'y joindre des activités d'apprentissage intégratrices. Mais, sur quel cadre de référence se baser pour y parvenir ?

Cadre de référence

Premièrement, à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal, c'est l'approche par compétence de deuxième génération proposée par Goudreau et al. (2009) qui est utilisée dans l'optique de favoriser l'apprentissage des étudiants du programme de baccalauréat dans ce domaine. Tout comme l'approche par compétence, ce projet sera basé sur le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme. Le cognitivisme tel que présenté par Tardif (1992), incite à nous concentrer sur la manière dont l'étudiant acquiert et met en action ses connaissances. Par connaissances, cet auteur inclut les expériences personnelles, la mémoire, les stratégies d'apprentissage et les différents types de connaissances. Quant au constructivisme, l'apprenant est actif (l'enseignant est un guide/accompagnateur) et il mobilise ses savoirs antérieurs afin d'y greffer de nouvelles connaissances, ce qui engendre une plus grande viabilité de ces connaissances (Lasnier, 2001). Cela nécessite la mobilisation de stratégies appropriées telles que : « [...] des stratégies cognitives, affectives, métacognitives et de gestion. » (Lasnier, 2000, p.10). Le socioconstructivisme ajoute au constructivisme la notion de dimension

relationnelle à l'apprentissage. En effet, c'est en comparant ses perceptions avec ses collègues et l'enseignant que l'étudiant pourra élaborer sa propre compréhension (Lasnier, 2000). C'est donc globalement cette approche par compétence de 2^e génération qui sera utilisée à titre de cadre de référence afin de guider l'élaboration des activités de formation nécessaires dans ce projet de stage. Il est important de noter que dans le but de respecter les principes de cette approche par compétence, il sera essentiel de diversifier et de combiner des stratégies d'apprentissage afin d'optimiser l'intégration de l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale par ces étudiants.

Deuxièmement, l'utilisation de la démarche des soins infirmiers humaniste-*caring* de la Faculté des sciences infirmiers permettra aux étudiantes « [...] de mieux saisir la signification des expériences de santé vécues, d'intervenir avec justesse pour donner des soins de qualité et ainsi favoriser la santé. » (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2012, p.3). C'est donc à l'aide de ce processus méthodique que les étudiantes pourront en venir à exercer leur jugement clinique.

Pour ce faire, cette démarche s'appuie, entre autres, sur les quatre concepts centraux de la discipline, soit : personne, santé, environnement et soin (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Le paradigme de la transformation sur lequel cette démarche s'appuie amène une nouvelle façon de concevoir ces quatre concepts mettant l'accent sur l'humanisation des soins qui a conduit la Faculté des sciences infirmières à se baser sur l'école de pensée du *caring* (Girard & Cara, 2011). Le paradigme de la transformation considère le changement comme étant continu et progressif (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Par exemple en sciences infirmières, l'unicité de la personne (famille/communauté/population) doit toujours être prise en considération comme élément de départ de chaque action/intervention qui doit être basée sur une réflexion critique dans une relation de partenariat (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Quant à la conception humaniste, celle-ci met l'accent sur la compréhension de l'expérience, sur la signification de cette expérience et sur les relations de la personne (Girard & Cara, 2011). Ce modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal s'appuie sur la compétence (expériences, connaissances, savoirs, pratique réflexive) et le *caring* (relations humanistes basées sur des valeurs, attitudes et comportements) (Girard & Cara, 2011). Dans une situation unique de soin, le *caring* incite à s'appuyer sur le jugement clinique, la résolution de problèmes, la réflexion et l'intuition (Billings & Halstead, 2012). Le *caring* chez l'enseignant se

manifeste par l'accompagnement des étudiants dans la construction de leur identité professionnelle, et ce, en établissant une relation pédagogique collaborative (Hills & Watson, 2011). C'est donc à l'aide de ce processus méthodique qu'est la démarche de soins humaniste-*caring* que les étudiants pourront en venir à exercer leur jugement clinique et à élaborer un PTI. Le PTI permet de documenter au dossier les décisions cliniques de l'infirmière qui sont basées sur son évaluation de la condition mentale ou physique et dans l'optique d'assurer un suivi clinique approprié (OIIQ, 2006). Il constitue ainsi une responsabilité professionnelle de l'infirmière. Il est donc primordial que celui-ci fasse partie de l'activité pédagogique dont il est question dans le présent projet. Pour ce faire, les étudiants devront préalablement au laboratoire, effectuer la formation sur le PTI en santé mentale élaborée par l'OIIQ dont le lien se trouvera sur le Studium du cours. Cette formation les préparera au PTI qu'ils devront réaliser lors de l'activité en lien avec la situation de santé mentale présenté.

Troisièmement, suite à la lecture de plusieurs ouvrages (Fortinash & Holoday Worret, 2013; Jarvis, 2010; Townsend, 2010; Varcarolis & Halter, 2010) énonçant la manière d'effectuer l'évaluation de la condition mentale, il a été observé que les principales composantes d'évaluation sont semblables et que seulement leur ordre diffère selon les auteurs.

Dans le présent projet, le manuel intitulé : *Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie* de Fortinash et Holoday Worret paru en 2013 sera utilisé à titre de lignes directrices pour plusieurs raisons décrites ci-après afin de caractériser l'évaluation de la condition de santé mentale. D'abord, les étudiantes visées par le projet sont à l'aise avec l'utilisation de ce manuel puisqu'il est le manuel obligatoire de ce cours et que cela contribue à une cohérence entre les différentes lectures à effectuer. De plus, cet ouvrage est très détaillé considérant qu'il est strictement composé de contenu en lien avec la santé mentale. Également, ce manuel est adapté à la pratique infirmière québécoise et a été révisé par une équipe de cliniciens afin que le contenu reflète autant que possible la réalité actuelle des milieux de soins. Aussi, les situations d'apprentissages réalistes qui le composent favorisent la mise en pratique des connaissances. Ensuite, ce manuel comprend deux chapitres inhérents à la santé mentale aux différents âges de la vie, ainsi qu'un autre sur les particularités interculturelles. D'autre part, il expose plusieurs exemples de notes au dossier et de plans thérapeutiques infirmiers (PTI) afférents au jugement clinique infirmier. Il comprend de nombreux encadrés pour faciliter l'étude des différents contenus et propose des questions pour favoriser une collecte de données complète et efficace.

Cet ouvrage réfère aussi à un site internet qui démontre huit situations infirmières que les étudiants verront probablement dans leur pratique. Puis, plusieurs tableaux sont présentés pour définir et expliquer les termes liés à la santé/maladie mentale qui sont couramment utilisés dans la pratique clinique. Finalement, étant donné la panoplie de termes scientifiques encore inconnus aux étudiantes au début de ce cours, le fait que ce manuel soit écrit en français, qui constitue la langue maternelle de la majorité des étudiants inscrits dans ce programme, est non négligeable. Les deux éléments précédemment énoncés favoriseront la compréhension et le métalangage des étudiantes quant à ces notions.

Vous trouverez à la page ci-dessous, une figure simplifiant le cadre de référence utilisé dans le présent projet de stage.

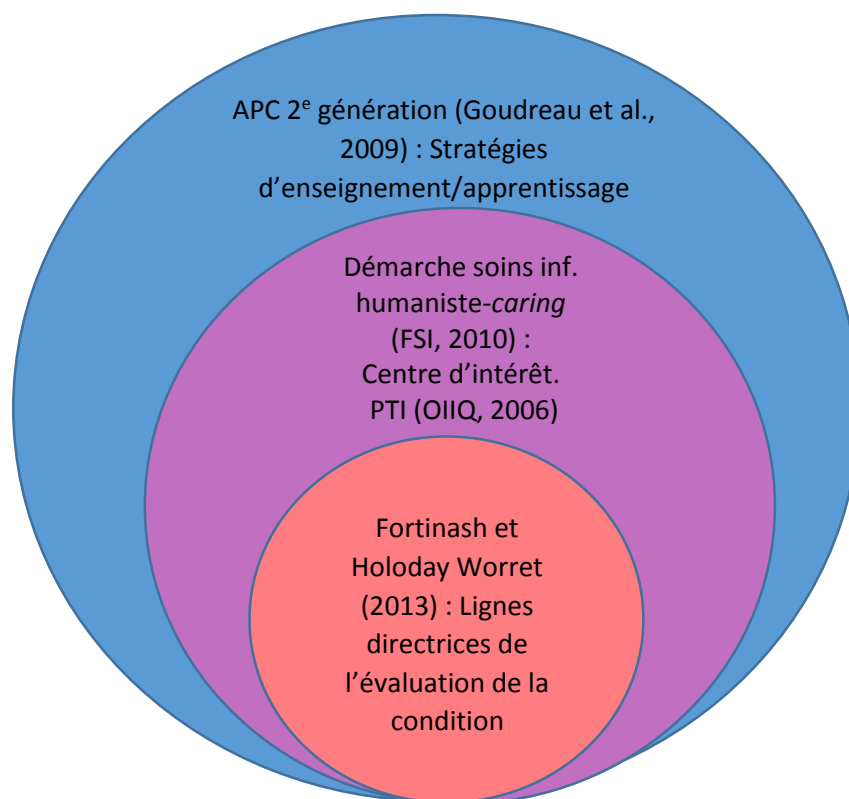


Figure 1 : Cadre de référence du projet de stage

Le but, les objectifs de stage et d'apprentissage poursuivis et les retombées attendues

Dans cette section, nous présenterons le but, les objectifs de ce projet de stage et les objectifs d'apprentissage. Enfin, nous examinerons les retombées attendues du stage.

Le but du stage

Le but de ce stage est d'élaborer et de mettre à l'essai une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiantes du baccalauréat à l'Université de Montréal.

Les objectifs de stage et d'apprentissage

Les objectifs de stage sont :

- Élaborer une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat à l'Université de Montréal.
- Mettre à l'essai une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat à l'Université de Montréal.
- Évaluer la perception des étudiants et de l'équipe de formateur sur leur appréciation de l'activité d'apprentissage

Les objectifs de stage ainsi que les activités afférentes sont présentés à l'Appendice A.

Les objectifs d'apprentissage poursuivis dans ce projet sont :

- Collaborer dans des équipes de travail professionnel et le patient partenaire.
- Développer des habiletés d'animation lors de la prestation de la formation auprès des étudiants.
- Développer des compétences transversales en lien avec la gestion du projet, entre autres, le déploiement d'un leadership mobilisateur.
- Approfondir mes connaissances sur le développement d'activités d'apprentissage intégratrices en lien avec l'évaluation infirmière de la condition mentale.

Les retombées attendues

La conception d'une vidéo et d'activités d'apprentissage dans le laboratoire d'évaluation de la condition mentale permettra aux étudiants d'acquérir et d'intégrer des connaissances en lien avec l'évaluation de la condition mentale permettant le transfert des connaissances dans la pratique afin d'accentuer le sentiment de compétence des étudiants infirmiers dans la formation initiale

Pour l'équipe de formateur de ce milieu, ce projet permet de partager un modèle d'apprentissage de l'évaluation de la santé mentale dans la perspective d'accroître la sécurité et la qualité des soins offerts par les infirmières formées à l'aide de celui-ci.

Ce projet aura plusieurs répercussions sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. En effet, l'intégration de ces connaissances par les futures infirmières, le développement de leur jugement clinique, ainsi que l'accroissement de leur sentiment de compétence favoriseront une amélioration de la qualité des soins aux patients/familles. L'amélioration de la qualité des soins aura quant à elle, un impact sur la participation des patients/familles dans les soins, l'amélioration de leur adaptation aux soins, la qualité des relations interpersonnelles, l'observance aux traitements, la gestion de la médication, la diminution des symptômes, la diminution des interventions contraignantes et donc favorisera une meilleure qualité de vie. Aussi, une meilleure évaluation de la condition de santé mentale soutiendra les interventions pour réduire la violence, le suicide, la mutilation, l'auto-négligence sévère et pour favoriser l'objectivité dans la prise de décisions clinique (Faay, Van de Sande, Gooskens & Hafsteinsdottir, 2013).

Avant de débiter ce stage, il est essentiel d'effectuer une recension des écrits afin de déterminer qu'elles sont les meilleures méthodes pour favoriser l'apprentissage de l'évaluation infirmière de la condition mentale.

Recension des écrits

Afin d'approfondir les éléments nécessaires à l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiantes infirmières, nous allons d'abord définir le concept d'évaluation de la condition mentale. Par la suite, nous examinerons la manière de réaliser l'examen mental d'une personne ainsi que le contenu des différents paramètres à prendre en compte. Après avoir bien saisi en quoi consiste l'examen de la santé mentale, nous regarderons de quelle façon l'infirmière formatrice peut transmettre cette activité dans une approche par compétence et comment cette approche peut être intégrée à une activité d'apprentissage s'appuyant sur une vidéo.

Définition de l'évaluation de la condition mentale

Premièrement, il est important de définir ce qu'on entend par « évaluation de la condition mentale ». Dans la pratique infirmière, « évaluer » signifie : « [...] poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne et en communiquer les conclusions. » (OIIQ, 2014, p.1). Tandis que la condition mentale est définie comme étant le « [...] fonctionnement situationnel d'une personne, en lien avec les aspects émotif, cognitif, somatique et relationnel, et révélant sa qualité de vie au travail, dans ses relations humaines et avec elle-même. » (Jarvis, 2009, p.106). La contribution des infirmières à l'évaluation de la condition mentale est essentielle pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale et la qualité des interventions (Fortinash & Holoday Worret, 2013). Celle-ci permet de raffiner les données collectées et qui seront utilisées par le médecin pour poser un diagnostic. Aussi, elle permet de reconnaître et de distinguer les symptômes des maladies physiques et mentales qui peuvent être similaires et d'en détecter leur interaction. Il est donc essentiel que l'infirmière collecte ces données et les analyses par la suite afin de formuler des hypothèses/problèmes lui permettant d'établir un plan de soins individualisé qui répondra le mieux aux besoins des patients. Pour ce faire, cette démarche de soins doit être systématique et continue afin de suivre l'évolution de la santé des patients et de constamment y adapter ses interventions à l'aide de son jugement clinique (Fortinash & Holoday Worret, 2013).

Contenu et modalité pour effectuer une évaluation de la santé mentale

Selon de nombreux ouvrages scolaires (Fortinash & Holoday Worret, 2013; Jarvis, 2010; Townsend, 2010; Varcarolis & Halter, 2010), l'évaluation de l'état mental est principalement effectuée par une entrevue sur l'historique de santé de la personne, sur sa condition de santé physique, sur l'examen de son état mental, sur la dimension psychosociale, sur le dépistage des risques ainsi que sur les données découlant des différentes grilles et/ou échelles d'évaluation (Fortinash & Holoday Worret, 2013). Il est cependant important de comprendre que plusieurs éléments de la condition mentale peuvent être évalués par l'observation, et ce, en contexte ou non d'entrevue avec le patient. En effet, l'infirmière peut observer l'hygiène, le comportement, les interactions avec les autres patients ou avec leur famille, la qualité et l'emplacement de blessures d'automutilation, la capacité de concentration (lorsque le patient regarde la télévision par exemple), le cours de sa pensée lorsque le patient discute avec une autre personne, des signes d'hallucinations ou de délires, etc (Fortinash & Holoday Worret, 2013). De plus, la posture, les mouvements du corps (délibérés/coordonnés ou non), l'expression faciale, le rythme du discours, l'orientation, la perte ou le gain de poids peuvent eux aussi être évalués à l'aide de l'observation (Jarvis, 2009). Ces données confirment que les observations d'une infirmière font partie de l'évaluation et qu'elles lui permettent de récolter à tout moment plusieurs données pouvant lui servir à adapter ses interventions/soins à la condition du patient. Il convient cependant d'aller rechercher certaines informations impossibles à collecter par l'observation, à l'aide d'un entretien avec le patient.

Plusieurs écrits (Broom, 2005; Fallon, 2008; Kessler & Üstün, 2004) privilégient l'entrevue semi-structurée aux autres types d'entrevues. Un article du *International journal of methods in psychiatric research* indique que la validité de l'entrevue clinique semi-structurée serait plus élevée que si celle-ci était entièrement structurée puisque le suivi intégral de questions prédéfinies ne permet pas à la personne qui mène l'entrevue d'approfondir certains thèmes qui pourraient être pertinents pour effectuer une évaluation complète (Kessler & Üstün, 2004). De plus, l'entrevue structurée ne permet pas de suivre le cours normal de la conversation ce qui peut représenter une barrière à l'expression des sentiments/émotions du patient (Kessler & Üstün, 2004). Aussi, le Centre d'excellence de l'Ontario en Santé mentale des enfants et des adolescents (2007) affirme que l'entrevue semi-structurée permet une analyse davantage en profondeur que l'entrevue structurée, tandis que la qualité des informations recueillies par l'entrevue non

structurée dépend grandement de la compétence de l'évaluateur. La description, les avantages et les limites de chacune de ses entrevues qualitatives se retrouvent à l'Appendice B du présent document. L'entrevue semi-structurée se définit comme une rencontre entre l'infirmière et le client dans laquelle l'infirmière évaluatrice se basera sur une liste de thèmes et/ou de questions ouvertes pour orienter la discussion lors de l'entrevue (Broom, 2005; Nordgaard, Sass & Parnas, 2013). Certains auteurs (Nordgaard, Sass & Parnas, 2013) mentionnent que les entrevues semi-structurées peuvent avoir une excellente fiabilité si elles sont conduites par des cliniciens ayant reçu une formation (basée des données probantes en psychiatrie) et ayant de l'expérience. Selon Fallon (2008), l'entrevue semi-structurée est devenue l'outil le plus fréquemment utilisé, et ce, au niveau international comparativement à l'entrevue complètement structurée et celle non structurée. En effet, l'entrevue semi-structurée est privilégiée puisqu'elle permet de retirer une grande quantité de détails ce qui rend plus précise l'évaluation de l'impact des événements de la vie sur le patient.

Le principal avantage de ce type d'entrevue est sa flexibilité (Broom, 2005). En effet, il permet un dialogue ouvert qui peut amener l'évaluateur à sortir des paramètres prévus pour mieux s'adapter au patient. Ce type d'approche favorise aussi la relation thérapeutique (Nordgaard, Sass & Parnas, 2013). L'entrevue semi-structurée constitue donc « [...] un moyen d'entrer dans le monde du patient et d'explorer sa compréhension de la maladie et des soins, » (Broom, 2005, p.73).

Le rôle de l'évaluateur lors d'entrevues semi-structurées selon Nordgaard, Sass et Parnas (2013) est d'encourager le patient à s'exprimer librement avec la possibilité d'interrompre pour demander davantage de détails. De plus, il pourra élaborer ou diriger la discussion vers un autre sujet s'il y a lieu et ajuster les questions au contexte. De temps à autre, l'évaluateur pourra proposer un exemple et le patient confirmera (ou non) s'il le considère valide ou corrigera l'exemple dans ses propres mots ou encore en utilisant un exemple provenant de son propre vécu.

Selon Broom (2005), pour planifier une entrevue semi-structurée il faut générer une liste de questions ouvertes qui facilitent l'exploration des thèmes à évaluer et qui permet au patient de se rapporter à son expérience personnelle. De plus, cet auteur suggère à l'évaluateur d'amorcer l'entrevue en se présentant et en demandant au client de débiter par le moment où le trouble a été diagnostiqué comme stratégie pour entreprendre la conversation. Les détails qui en ressortiront seront la base pour explorer les différents thèmes prévus.

Il est important de noter que bien que l'ordre des éléments d'évaluation diffère selon les auteurs mentionnés plus haut, les composantes principales de l'évaluation de la condition mentale sont similaires. Compte tenu de ces différences mineures entre les divers auteurs, le tableau suivant présente les principales composantes de l'examen mental ainsi que les observations qui s'y rapportent selon Fortinash et Holoday Worret (2013).

Les principales composantes de l'examen de l'état mental	
Composantes principales	Observations
1) L'apparence	<ul style="list-style-type: none"> - Apparence physique - Présentation générale - Expression faciale - Contact visuel - Attitude
2) Le comportement moteur	<ul style="list-style-type: none"> - Activité motrice - Mouvements
3) Langage	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité - Débit - Particularités
4) État émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur - Affect
5) Opérations de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> - Cours/processus - Contenu - Délire
6) Perceptions	<ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations - Autres troubles perceptuels
7) Fonctions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau de conscience - Orientation - Mémoire - Attention/concentration - Jugement - Autocritique

Tableau 1 : Les principales composantes de l'examen de l'état mental (Fortinash & Holoday Worret, 2013, p. 81)

En somme, les sept composantes de l'évaluation de la condition mentale peuvent être documentées par l'entretien et/ou par l'observation. Pour transmettre ce savoir-agir, l'infirmière formatrice doit centrer ses méthodes d'enseignement/apprentissage sur l'approche par compétence.

La formation par compétence

La formation par compétence sera privilégiée dans ce projet de stage notamment puisque les étudiants seront ainsi outillés afin d'intervenir de façon appropriée, efficace et autonome dans diverses situations et seront en mesure, et ce même après la fin de leur formation, de mettre continuellement à jour leurs connaissances grâce à la pratique réflexive (Tardif, 1998, 2006; Lasnier, 2000). L'intégration ainsi que le transfert des apprentissages sont deux principes fondamentaux de la formation par compétence. Pour ce faire, l'étudiant doit être en mesure de mobiliser et de combiner des ressources internes et externes variées (Tardif, 2006).

Aussi, puisque le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme sont des concepts sous-jacents à la formation par compétences, les stratégies d'enseignement/apprentissage mises en place dans ce projet de stage devront en être imprégnées (Lasnier, 2000). De plus, ce type de formation est centré sur l'étudiant qui participe activement à la construction de ses apprentissages permettant ainsi le développement de ses savoirs, savoir-être et savoir-faire (Lasnier, 2000).

Ensuite, lors de la planification de cette activité de formation, il est primordial de créer les conditions propices pour susciter la motivation chez les étudiants. Pour ce faire, l'activité doit être signifiante pour eux (Lasnier, 2000). En d'autres termes, elle doit être suffisamment contextualisée pour qu'ils puissent se représenter son applicabilité en pratique réelle. Cela favorisera aussi un apprentissage davantage en profondeur et viable (Lasnier, 2000).

Selon Legault (2009), il est essentiel lors d'une formation par compétence de planifier les activités d'enseignement/apprentissage en fonction des compétences visées par le cours. Puisqu'il est pratiquement impossible de développer un niveau attendu d'une compétence, tel que défini par Tardif (2006), dans une séance de trois heures, l'activité de formation sera donc élaborée selon les indicateurs de développement de la compétence « *Exercer un jugement clinique infirmier* » qui seront adaptés aux apprentissages visés lors de ces activités. Ces indicateurs sont tirés du cours *SOI2604 : Expérience en santé mentale*.

Compétence	Indicateurs
Exercer un jugement clinique infirmier	Utilise la démarche de soins humaniste- <i>caring</i> dans une mise en situation clinique infirmière en contexte de santé mentale.
	Cibler des éléments pertinents de la collecte de donnée dans une mise en situation clinique infirmière en contexte de santé mentale.
	Analyser et interpréter les données d'une collecte.
	Formuler un plan thérapeutique infirmier à partir d'une mise en situation.

Tableau 2 : Les indicateurs de développement de la compétence (FSI, 2010, p.22-25)

En somme, la formation par compétence insiste sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes qui permettent d'intégrer les apprentissages dans le but de les transférer dans la pratique. Dans le cadre de ce projet, il est donc important de se demander comment est-il possible d'incorporer l'approche par compétence à l'utilisation d'une vidéo comme outil d'apprentissage.

L'utilité de la vidéo

La vidéo présentera une entrevue semi-structurée effectuée par une infirmière d'expérience auprès d'un client atteint d'un trouble de la santé mentale. Cette vidéo constitue donc un modèle de rôle qui amène une contribution importante dans l'apprentissage lorsque les étudiants doivent « [...] développer cette capacité de résoudre des problèmes complexes, uniques, flous, imprécis et incertains, qui commandent une intégration de l'ensemble des dimensions de la compétence professionnelle. » (Chamberland & Hivon, 2005, p. 104). Les étudiants devront à

partir de cet entretien effectuer leur propre collecte de données sur la situation de la personne. Ensuite, ils analyseront et interpréteront ces données afin d'en faire émerger les besoins/problèmes prioritaires, puis ils seront en mesure d'élaborer des objectifs de soins prioritaires et de planifier des interventions afin de répondre aux besoins/problèmes prioritaires du client. Pour ce faire, ils devront concevoir un plan thérapeutique infirmier (PTI) et un plan de soins infirmiers. De cette manière, les étudiants sont actifs dans leurs apprentissages puisqu'ils s'exercent à effectuer une évaluation de la condition mentale. Par le fait même, cela favorise leur intégration et facilite aussi par la même occasion, le transfert des apprentissages dans la pratique (Tardif, 2002).

L'élaboration de cette vidéo ainsi que les activités d'apprentissage associées dans le cadre de ce projet de stage nécessitent une organisation. Pour ce faire, il est important d'établir un plan de déroulement du stage.

Le plan de déroulement du stage

Certaines formations seront suivies considérant qu'elles sont indispensables au bon déroulement de ce projet. De plus, un échéancier du stage permettra de diviser les tâches afférentes au bon déroulement du stage.

Formations préalables

- ✓ **Formation tutorat** (12 décembre 2014): Connaissances sur les principes pédagogiques de l'approche par problèmes et techniques de questionnement pour stimuler les étudiants.
- ✓ **Méthodes d'enseignement et technologies de l'information et de la communication** (PPA-6015) (Hiver 2015): Approfondissement des connaissances sur les diverses méthodes d'enseignement/apprentissage médiatisées ou non et acquisition de connaissances sur les technologies de l'information et de la communication utiles dans le domaine de l'éducation.

Échéancier du stage

L'échéancier du stage que vous pouvez retrouver à l'Appendice C du présent document tient compte des objectifs de stages et des activités qui en émanent. En somme, le montage du support audiovisuel a été effectué à la fin de l'été 2015 et l'intervention auprès des étudiants auxquels se rapporte ce projet se déroula à l'automne 2015. Le rapport de stage qui clôtura ce projet s'est échelonné quant à lui de la mi-session à la fin de la session de l'automne 2015.

Le déroulement du stage

Les différentes interventions réalisées dans le cadre de ce projet de stage qui seront décrites ci-dessous se sont échelonnées du 31 mai au 25 novembre 2015.

Étapes préparatoires au stage

Premièrement, j'ai communiqué avec Mme Laurence Ha afin d'obtenir un modèle de formulaire de consentement légal pour le patient-partenaire et l'infirmière-partenaire ayant pour but l'apprentissage. Ce document a été adapté de manière à ce qu'il soit cohérent avec ce qui était attendu des différents acteurs-partenaires (un patient et une infirmière).

Ensuite, une mise à jour du canevas existant sur l'évaluation de la santé mentale s'est avérée nécessaire. Bien que celui-ci fût déjà basé sur la démarche humaniste-*caring*, il était pertinent d'ajouter certaines composantes de l'évaluation de l'état mental selon Fortinash (2013) et d'associer les grandes catégories d'évaluation à des suggestions de questionnements infirmiers. En considérant que ce manuel (Fortinash, 2013) est un ouvrage entièrement destiné au contenu en santé mentale, qu'il est donc très détaillé et qu'il a été révisé par plusieurs cliniciens expérimentés afin que son contenu soit le plus authentique possible, nous pouvons affirmer que les changements apportés au canevas intègrent un contenu complet et réaliste comparativement à ce qui est effectué dans ce domaine. Cela favorisera donc la mise en pratique des connaissances. Suite aux changements apportés à ce canevas (Appendice D), celui-ci a été validé par la directrice de projet ainsi que par la personne-ressource.

Puis, j'ai communiqué avec le patient partenaire (par téléphone) ainsi qu'avec l'infirmière partenaire (par courriel) afin de connaître leur vision de leur participation dans ce projet et pour déterminer un moyen de partage (par la poste ou par courriel) du canevas dont ils devaient prendre connaissance avant le tournage. Par la suite, j'ai de nouveau communiqué avec le patient partenaire pour évaluer s'il était à l'aise de parler de tous les thèmes qui sont abordés dans le canevas ou s'il avait des questions sur le tournage. J'ai aussi communiqué avec l'infirmière afin de savoir si elle avait des questions concernant le canevas ou son rôle dans la vidéo. C'est lors de cette deuxième communication que nous avons décidé d'une date, d'un lieu et d'une heure de tournage qui a été fixée pour le 18 août 2015 à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Lors de cette journée, je me suis assurée de comprendre le fonctionnement technique de l'enregistrement de la vidéo. J'ai aussi donné des instructions préalables essentielles aux acteurs (ex : parler suffisamment fort, se placer de façon à ce que la caméra vous voit le mieux possible, etc.). Après le tournage, je me suis chargée de remettre la cassette contenant l'enregistrement au technicien en informatique afin qu'il transfère la vidéo sur une clé USB.

Puis, une rencontre a été prévue afin de faire valider le contenu de la vidéo par la directrice de projet et par la personne-ressource ainsi que pour discuter de leur vision de l'utilisation de la vidéo. Lors de cette rencontre, il a été convenu qu'aucun montage de la vidéo n'était nécessaire, mais qu'il serait plus pratique d'avoir la vidéo sur des DVD, ce qui a été fait à l'aide du technicien de laboratoire. Compte tenu du fait qu'aucun montage n'était nécessaire, il a été possible de mettre en place ce projet pour les cohortes du Campus de Laval (22 septembre

2015) ainsi que de Montréal (30 octobre 2015) (au départ la mise en application était prévue seulement pour la cohorte de Montréal). Cet ajout m'a permis, entre les deux mises à l'essai, d'effectuer des améliorations aux divers documents suite à mes observations ainsi qu'aux commentaires des tutrices et du chargé de cours. Les améliorations effectuées seront discutées lors des étapes effectuées en stage.

La planification et l'élaboration des différentes activités d'apprentissages prévues pour ce laboratoire (Appendice H) ont été réalisées sur la base du laboratoire sur l'évaluation de la condition mentale qui existait auparavant. La Faculté des sciences infirmières ayant déjà implanté l'approche par compétence ainsi que la démarche de soins humaniste-*caring* dans ce programme de baccalauréat, les activités du laboratoire étaient donc d'ores et déjà, entre autres fondées sur le socioconstructivisme, représentaient des tâches authentiques et s'intéressaient à la signification que la personne accorde à son expérience de santé. Cela correspondait de façon explicite au cadre de référence (énoncé précédemment) du présent projet.

Aussi, dans ce laboratoire, la démarche de soins humaniste-*caring* était déjà mise en pratique, et donc, cela ne constituait pas un changement dans le cadre du présent stage. Tout de même, la validation des activités d'apprentissage a été effectuée par Mme Caroline Larue (Directrice de projet) et M. Mario Brochu (personne-ressource).

Ensuite, les documents nécessaires aux activités d'apprentissage en lien avec la vidéo ont dû être adaptés en fonction de celle-ci. Les documents utiles aux tuteurs pour accompagner les étudiants à travers ces activités ont été ajustés (collecte de données remplies (Appendice E), Plan thérapeutique infirmier (PTI) (Appendice F) et Plan de soins thérapeutiques infirmiers (PSTI) (Appendice G)) afin qu'ils soient en lien avec la nouvelle vidéo. Ces documents ont évidemment été validés par la directrice de projet et la personne-ressource. La planification du déroulement du laboratoire (Appendice H) a été revue avec le chargé de cours, mais peu de changements ont été effectués à ce niveau depuis la cohorte précédente. Tel que mentionné plus haut, les activités d'apprentissage en lien avec la vidéo étant d'ores et déjà empreintes du socioconstructivisme et de l'approche par compétences.

La semaine précédant la mise à l'essai de l'activité d'apprentissage, je me suis assurée (avec l'aide du chargé de cours) de remettre le DVD contenant la vidéo de l'entrevue semi-structurée aux tutrices et d'envoyer par courriel les documents afférents afin qu'elles aient les documents essentiels et nécessaires au déroulement des activités d'apprentissage lors de ce

laboratoire. Dans leur préparation, elles pouvaient donc s'y référer afin qu'elles puissent mieux intervenir auprès des étudiants lors de ces activités.

Finalement, avant la mise à l'essai, j'ai produit deux sondages afin d'évaluer si la vidéo ainsi que les activités d'apprentissage répondaient aux retombées envisagées par ce projet. Donc, l'un des deux sondages s'adressait aux étudiants ayant participé à ce laboratoire (Appendice I). Ce sondage avait pour but de déterminer si les activités d'apprentissage proposées ont contribué (ou non) à leur apprentissage de l'évaluation de la condition mentale et au développement de leur jugement clinique dans ce domaine. De plus, ce sondage avait pour objectif d'évaluer le sentiment de compétence des étudiants à effectuer une évaluation de la condition mentale et leur capacité à transférer ces connaissances dans la pratique. Le second sondage s'adressait aux tutrices de laboratoire (Appendice J). Il avait pour objectif d'évaluer leur appréciation du déroulement du laboratoire et leur vision de l'impact de ce modèle d'apprentissage sur l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale ainsi que sur la sécurité et la qualité des soins. Finalement, ce sondage leur demandait de faire ressortir les points forts et à améliorer de ce laboratoire. Les sondages ont aussi été préalablement validés par la directrice de projet.

Étapes effectuées lors du stage

Première cohorte. Lors de la première mise à l'essai de l'activité d'apprentissage, je suis passée dans les trois classes afin d'observer le bon déroulement du laboratoire, son uniformité et afin que les questions du sondage soient comprises et répondues. Ensuite, une rencontre a été prévue avec les tutrices et le chargé de cours afin de collecter verbalement leurs réponses au sondage d'appréciation de l'activité. La principale critique qui est ressortie est le manque de temps pour effectuer toutes les activités d'apprentissage prévues. Par contre, grâce à mon observation dans les classes, j'ai pu faire ressortir de façon constructive que les trois tutrices passaient plus de temps que prévu sur la collecte de données en plénière malgré le fait que le chargé de cours et moi-même les avions informées du temps limité affecté à cette étape. Par conséquent, il a été convenu qu'il serait pertinent d'indiquer un temps alloué à chacune des activités afin de mieux guider les tutrices et les étudiants. Ce temps est maintenant indiqué sous chaque activité dans le document du déroulement du laboratoire (Appendice H). Aussi, j'ai surligné dans le document de Collecte de données – Version tuteur (Appendice E), les éléments régulièrement oubliés par les étudiants pour lesquels il est pertinent pour les tutrices de revenir

sur ceux-ci en plénière. Ainsi, les tutrices se concentrent sur les données découlant de l'observation ainsi que sur les éléments surlignés de la collecte lors du retour en plénière plutôt que de repasser tous les éléments de cette collecte avec les étudiants ce qui permet de dégager du temps pour les activités subséquentes ainsi que pour l'apprentissage.

De plus, une autre critique constructive provenant des tutrices concernait le PTI (Appendice F). Il a été rapporté que le diagnostic du patient devait se retrouver (en première position) dans le document. Voilà un oubli important que j'ai été corrigé.

Finalement, il a été convenu que le PTI (Appendice F) et le PSTI (Appendice G) devaient présenter une intervention qui consistait à évaluer les signes d'agressivité du patient à chaque rencontre de suivi puisque le patient partenaire mentionnait ressentir parfois de l'agressivité qu'il désamorçait en la verbalisant. Cette correction a aussi été effectuée en prévision de la mise en application suivante pour la cohorte de Montréal. Les documents ont été révisés et ensuite acheminés aux tutrices.

Une inquiétude principale est ressortie chez certains étudiants. Puisque l'entrevue semi-structurée est effectuée par une infirmière ayant plusieurs années d'expérience et que celle-ci réussit à réaliser une collecte de donnée complète (ou presque) sans prise de notes avec contrôle et fluidité, certains étudiants étaient anxieux à l'idée que c'était sûrement cela que l'on attendait d'eux en stage. Bien sûr, ils ont été rassurés par les tutrices qui leur ont garanti que leur préceptrice de stage aurait des attentes adaptées à leur niveau d'expérience.

Deuxième cohorte. Lors de la seconde mise à l'essai dans quatre classes, les étudiants ont été préalablement rassurés qu'ils étaient pour visionner une entrevue menée par une infirmière très expérimentée et que ce n'était pas ce niveau d'expertise qui était attendu d'eux en stage. Les tutrices avaient les documents révisés en main et lors de la plénière sur la collecte de données, elles ont strictement abordés les thèmes qui ont été surlignés. Ainsi, le temps prévu pour chaque activité d'apprentissage a été respecté. À la fin du laboratoire, les étudiants ont répondu au même sondage que la cohorte précédente. Une autre rencontre a été réalisée avec les tutrices et le chargé de cours afin qu'ils puissent répondre au sondage d'appréciation de l'activité. Cependant, une nouvelle question a été ajoutée à ce sondage : « Suite aux changements apportés aux différents documents, avez-vous observé une amélioration, aucun changement ou de nouvelles problématiques? Si oui, le(s)quel(s) ? ».

Étapes consécutives au stage

Suite aux deux mises à l'essai de cette activité d'apprentissage, il y a eu une récolte, analyse et interprétation des données rapportées par les deux types de sondages afin d'en ressortir des résultats. Ensuite, une rétroaction a été donnée à la directrice de projet, au chargé de cours responsable de cette unité de cours, ainsi qu'aux tutrices. Puis, j'ai préparé et effectué une activité de partage de connaissances dans le cadre des ateliers-midi du Centre d'Innovation pour la Formation Infirmière (CIFI) le 25 novembre 2015 à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal afin de divulguer les résultats de ce projet et de récolter des suggestions/commentaires. L'activité s'est déroulée en présence d'étudiants de 2^e cycle, option formation. Évidemment, il y a eu rédaction du rapport de stage et un dépôt sur la plateforme Papyrus est prévu.

Discussion

Les moyens d'évaluation des objectifs de stage et des objectifs d'apprentissage sont détaillés à l'Appendice A. L'élaboration et la réalisation des activités ont été détaillées dans la section « Déroulement du stage ». La discussion concernant l'atteinte des objectifs sera effectuée selon leur énonciation dans le guide du programme de maîtrise, c'est-à-dire, divisés en objectifs de stage (élaboré ou exécuté par la stagiaire) et en objectifs d'apprentissage (cheminement de la stagiaire).

Pertinence du stage

Ce stage est novateur puisqu'il permet de lier l'apprentissage de **l'évaluation de la condition mentale** directement à la pratique en le basant sur **l'approche par compétence** en incluant la **démarche de soins humaniste-caring** qui est une manière plus humaine d'aborder le soin. Aucun écrit à ce jour n'a pu être trouvé sur comment lier ces trois éléments dans l'apprentissage.

Tel que mentionné dans la problématique ainsi que dans les objectifs du projet de stage, l'activité d'apprentissage sur l'évaluation de la condition mentale qui découle de ce projet a pour but de former les futures infirmières à effectuer une évaluation complète, objective et humaine d'un patient symptomatique, de les préparer à effectuer cette intervention en milieu clinique (par le transfert de la théorie à la pratique) et d'être un complément à l'exposition clinique des étudiants.

Atteinte (ou non) des objectifs de stage

- 1) Élaborer une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat à l'Université de Montréal.

Cet objectif a été atteint dans le cadre de ce projet de stage puisque des activités pédagogiques ont été élaborées et révisées grâce à des sondages et des commentaires constructifs des différents acteurs. Les activités pédagogiques réalisées pourront être mises en place ultérieurement pour d'autres cohortes d'étudiants en sciences infirmières dans le cours *SOI2604 : Expérience de santé mentale*. Évidemment, on peut s'attendre à

ce que cette activité pédagogique soit bonifiée dans le futur, avec l'aide de formateurs expérimentés et proactifs.

- 2) Mettre à l'essai une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat à l'Université de Montréal.

Cet objectif a aussi été atteint. La mise à l'essai de l'activité de formation de trois heures a été effectuée à deux reprises (deux différentes cohortes). La première fois, auprès de 100 étudiants sur 103 (taux de réponse de 97%) et la seconde auprès de 109 étudiants sur 117 (taux de réponse de 93%).

- 3) Évaluer la perception des étudiants et de l'équipe de formateur sur leur appréciation de l'activité d'apprentissage.

Ce dernier objectif de stage a aussi été atteint à l'aide de deux sondages. Le premier évaluait l'appréciation de l'activité par les étudiants (compilation des résultats du sondage des étudiants de la première cohorte : Appendice K, deuxième cohorte : Appendice L). Le second évaluait l'appréciation de l'activité par l'équipe de formateur (commentaires sur la première mise à l'essai : Appendice M, seconde mise à l'essai : Appendice N). La discussion en lien avec ces résultats sera effectuée dans la section « Résultats de l'intervention ».

Atteinte (ou non) des objectifs d'apprentissage

- 1) Collaborer dans des équipes de travail professionnel et le patient partenaire

Dans le cadre de ce projet, j'ai dû collaborer avec plusieurs professionnels. Premièrement avec ma directrice de projet et ma personne-ressource afin d'élaborer cette activité pédagogique.

Deuxièmement, avec l'infirmière partenaire et le patient partenaire qui ont agi en tant qu'acteurs dans la vidéo. Celle-ci est au fondement de l'activité et est essentiel pour que les étudiants aient accès à un exemple d'entrevue semi-structurée dans le but de faire une collecte de données initiale en contexte académique.

Troisièmement, j'ai collaboré avec le technicien de laboratoire afin de filmer l'entrevue et la transférer sur une clé USB, ainsi qu'avec le technicien en informatique pour transférer à nouveau cette vidéo sur dix supports DVD.

Quatrièmement, avec le chargé de cours responsable du cours de santé mentale à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal afin de permettre la mise en application de cette activité et son évaluation par les sondages.

Cinquièmement, avec les tutrices qui ont dû utiliser les différentes ressources élaborées pour animer et encadrer cette activité pédagogique. La collaboration avec elles m'a aussi permis d'évaluer leur appréciation de l'activité afin d'effectuer des améliorations ou pour faire des recommandations.

Finalement, plusieurs communications téléphonique, postale et électronique ont été nécessaires afin de réaliser ce projet dans son ensemble.

2) Développer des habiletés d'animation lors de la prestation de la formation auprès des étudiants.

Contrairement à ce qui était prévu, ce sont des tutrices de laboratoire et non l'étudiante stagiaire qui ont animé la formation de trois heures lors du laboratoire sur la démarche de soins en santé mentale. Puisque les différents groupes avaient leur laboratoire en même temps, il m'était donc impossible de me diviser pour former chacun des groupes. Une entente avec le chargé de cours responsable a été prise. Je n'animerai aucun cours, mais je passerai dans chacune des classes afin d'offrir du soutien aux tutrices et pour observer les points forts ainsi que ceux à améliorer en lien avec cette activité pédagogique.

Cependant, lors du TGG d'accueil de chacune des cohortes, j'ai pris quelques minutes afin de présenter mon projet aux étudiants, de solliciter leur participation active lors du laboratoire et pour leur mentionner l'importance de répondre minutieusement au sondage à la fin du cours.

Aussi, je crois avoir énormément développé des habiletés d'animation en tant que formatrice lors de mes nombreux contrats de tutorat effectués simultanément avec ma maîtrise en sciences infirmières.

- 3) Développer des compétences transversales en lien avec la gestion du projet, entre autres, le déploiement d'un leadership mobilisateur.

Pour exécuter ce projet, j'ai dû déployer un leadership mobilisateur afin que chacun des acteurs essentiels à sa réalisation en ait une vision commune et qu'ils aient le désir de s'y investir. Ensuite, j'ai pu les guider à travers ce projet et mes habiletés d'organisatrices m'ont permis de les orienter vers des actions/réalisations concrètes. Lors de la mise à l'essai, mes connaissances approfondies sur le projet m'ont aidé à trouver des stratégies de résolution de problèmes afin de pallier à certaines problématiques qui se sont présentées. Par exemple, j'ai fait preuve d'écoute active lorsque l'équipe de formateurs rapportaient certaines difficultés lors de la mise à l'essai de l'activité. Je me suis assurée de reformuler le problème dans mes mots afin d'être certaine de ma compréhension. Je leur ai proposé des solutions et je leur ai demandé leur avis sur celles-ci.

Ensuite, dès le lendemain, et ce pour les deux cohortes, j'ai pu fournir à l'équipe de formateur une rétroaction sur les résultats des sondages effectués auprès des étudiants sur leur appréciation de l'activité. Selon leur réaction, je crois qu'ils ont apprécié ma célérité à cet égard. Aussi, j'ai constamment démontré mon ouverture à l'équipe de formateur quant à la critique constructive. Finalement, je leur ai signifié à maintes reprises mon appréciation concernant leur implication dans ce projet, ce qui encourageait leur engagement.

- 4) Approfondir mes connaissances sur le développement d'activités d'apprentissage intégratrices en lien avec l'évaluation infirmière de la condition mentale.

La recension d'écrits m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'apprentissage par compétence, sur la démarche de soins humaniste-*caring* de la Faculté des sciences infirmières et sur l'évaluation infirmière de la condition mentale.

Évidemment, les suggestions de ma directrice de projet Mme Caroline Larue (Vice doyenne aux études supérieures possédant un doctorat en psychoéducation et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal et au Centre d'innovation en formation infirmière pour ne nommer que cela) ainsi que de ma personne-ressource M. Mario Brochu (infirmier clinicien en santé mentale depuis 25 ans et chargé de cours responsable du *SOI-2604 : Expérience de santé mentale* depuis

2012 et tuteur depuis 2010) m'ont grandement aidés dans l'approfondissement de mes connaissances dans le développement d'activités d'apprentissage intégratrices dans le domaine.

Sans oublier certains cours de maîtrise (*SOI-6189 : Approches novatrices en formation infirmière*, *ETA : 6065 : Évaluation et compétences*, *PPA-6015 : Méthodes d'enseignement et technologies de l'information et de la communication*, *PPA-6075 : Processus d'apprentissage en enseignement supérieur* et *PPA-6276 : Gestion de classe*) qui m'ont permis d'acquérir des connaissances pertinentes en lien avec ce projet.

Résultats de l'intervention

Il est intéressant de constater que les données récoltées, puis analysées sont en lien direct avec les résultats attendus. Malheureusement, dans le cadre de ce stage, nous n'avons pas été en mesure d'effectuer ce sondage auprès des étudiants et de l'équipe de formateur lorsque l'ancienne vidéo était toujours en vigueur. Par contre, il est possible de faire ressortir plusieurs résultats importants des sondages suite à la réalisation de ce stage.

Auprès des étudiants. On peut observer que les résultats du sondage sont sensiblement les mêmes entre les deux cohortes.

Première mise à l'essai. La première mise à l'essai de l'activité a été effectuée au Campus Laval auprès de 103 étudiants. Toutefois 100 d'entre eux ont complété le questionnaire d'évaluation de l'activité.

Pour la question : « Selon vous, est-ce que les activités d'apprentissage dans ce laboratoire ont contribué à votre apprentissage de l'évaluation de la condition de santé mentale ? », 97% des étudiants de la cohorte de Laval ont répondu qu'ils étaient « Tout à fait en accord » ou « Plutôt en accord ».

Ensuite, concernant la question : « Selon vous, est-ce que ces activités d'apprentissage ont permis de développer votre jugement clinique concernant l'évaluation de la condition mentale ? », la cohorte de Laval est partagée entre « Tout à fait en accord » (45%) et « Plutôt en accord » (50%).

Puis, à la question : « Selon vous, quel est votre sentiment de compétence à effectuer une évaluation de la condition mentale ? », 64% des étudiants de la première cohorte se sont sentis « Plutôt compétent » et 28% « Pas vraiment compétent ».

En ce qui concerne leur perception de leur capacité à transférer ces connaissances dans la pratique, 78% des étudiants de Laval se sont perçus comme plutôt capable de le faire malgré quelques difficultés.

La dernière question du sondage demandait aux étudiants d'indiquer à quel(s) élément(s) d'apprentissage, ils attribuaient leur(s) difficulté(s) à transférer leurs connaissances dans la pratique. À 44 reprises pour la cohorte de Laval, c'était l'élément « Je dois pouvoir faire une démarche de soins en contexte réel (ex : en stage) » qui était évoqué le plus fréquemment. Puis, pour la première cohorte, le deuxième élément qui est revenu le plus souvent (42 fois) est : « Je dois faire le même exercice avec des patients ayant d'autres diagnostics ». Finalement, le dernier élément énoncé 33 fois pour la cohorte de Laval est : « Je dois me pratiquer davantage à effectuer une démarche de soins ».

À la fin du sondage, les étudiants étaient invités à laisser des commentaires sur l'activité. La majorité des commentaires laissés par les deux cohortes étaient positifs. Sur 28 commentaires, la première cohorte mentionnait à 14 reprises qu'« avoir un exemple concret est rassurant, pertinent et instructif », à quatre reprises qu'« il est difficile de tous s'entendre sur quoi inscrire au PTI », à trois reprises qu'ils étaient « trop serrés dans le temps » et à deux reprises que cela « aide à visualiser les habiletés de communication ».

Deuxième mise à l'essai. La seconde mise à l'essai a été réalisée à la Faculté des sciences infirmières de Montréal auprès de 117 étudiants. Toutefois 109 d'entre eux ont complété le questionnaire d'évaluation de l'activité.

Pour la première question du sondage qui évaluait si l'activité avait permis aux étudiants de faire des apprentissages sur l'évaluation de la condition mentale, 93% des étudiants de la cohorte de Montréal ont affirmé qu'ils étaient « Tout à fait en accord » ou « Plutôt en accord ».

Ensuite, pour la deuxième question du sondage sur l'impact de l'activité d'apprentissage sur leur apprentissage de l'évaluation de la condition mentale, 25% de la cohorte de Montréal sont « Tout à fait en accord » et 64% sont « Plutôt en accord ».

Puis, en ce qui concerne le sentiment de compétence des étudiants à réaliser une évaluation de la condition mentale, 43% des étudiants la cohorte de Montréal ont répondu qu'ils se sentaient « Plutôt compétent » et 56% « Pas vraiment compétent ».

Pour la quatrième question, 84% des étudiants de la cohorte de Montréal se sont perçus comme plutôt capable de transférer leurs connaissances (en lien avec l'activité) dans la pratique malgré quelques difficultés.

Enfin, la dernière question sur les éléments d'apprentissage qui leur causait des difficultés à transférer leurs connaissances dans la pratique, l'élément évoqué le plus fréquemment (67 fois) pour la deuxième cohorte est aussi: « Je dois pouvoir faire une démarche de soins en contexte réel (ex : en stage) ». Puis, à Montréal aussi : « Je dois faire le même exercice avec des patients ayant d'autres diagnostics » est le deuxième élément qui est revenu le plus souvent (40 fois). Enfin, à 35 reprises, la cohorte de Montréal a énoncé : « Je dois me pratiquer davantage à effectuer une démarche de soins » comme dernier élément qui est en cause dans leur difficulté à transférer leurs connaissances dans la pratique.

Les étudiants de la cohorte de Montréal ont pour leur part laissé 15 commentaires à la fin du sondage d'appréciation. Dix fois, ils ont indiqué qu'« avoir un exemple concret est rassurant, pertinent et instructif ». Un étudiant a aussi fait ressortir qu'il est difficile d'effectuer la démarche de soins du patient partenaire qui est atteint de schizophrénie sans avoir vu la matière sur ce type de maladie mentale.

Discussion sur les résultats des sondages pour les étudiants. Les résultats pour les deux cohortes à la première question du sondage nous permettent de voir que l'activité d'apprentissage a contribué à l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale par les étudiants. Ce résultat est aussi pertinent compte tenu que ce laboratoire prépare les étudiants au stage et qu'il est donc essentiel qu'ils aient les connaissances théoriques et procédurales nécessaires à leur arrivée en milieu clinique.

Ensuite, la seconde question avait pour but d'évaluer la perception des étudiants quant au développement de leur jugement clinique. Malgré la différence entre les résultats des deux

cohortes, on peut remarquer que ces résultats se situent tout de même en très grande majorité du côté positif du sondage, ce qui est donc un indicateur que l'activité d'apprentissage que nous leur avons proposée leur a permis de développer leur jugement clinique. Nous expliquons ce résultat par le fait que l'utilisation de la démarche de soins humaniste-*caring* permet d'exercer le jugement clinique par son processus méthodique lorsqu'appliquée à des situations réalistes et authentiques (Girard & Cara, 2011), principalement lorsque les étudiants doivent analyser et interpréter les données collectées afin de produire un PTI (FSI, 2010). Cependant, la différence entre les résultats des deux cohortes peut être attribuable aux caractéristiques des étudiants, à l'environnement de travail étant donné que ce sont les mêmes tutrices qui ont enseigné à la première et à la deuxième cohorte. Toutefois, cela demeure des hypothèses qui doivent être vérifiées.

La différence entre les résultats des deux cohortes sur leur sentiment de compétence à effectuer une évaluation de la condition mentale s'explique difficilement. L'insécurité des étudiants ou leur expérience dans le milieu peuvent être des facteurs déterminants. Nous pouvons réitérer l'hypothèse que l'expérience des tutrices ainsi que leur maîtrise du contenu vu dans le laboratoire peuvent être des facteurs à considérer pour expliquer la différence entre ces résultats. Cependant, nous pouvons ressortir des résultats que les étudiants ont tout de même développé un certain sentiment de compétence à réaliser une évaluation de la condition mentale grâce aux activités d'apprentissage proposées.

La grande majorité des deux cohortes s'est perçue comme plutôt capable de transférer ces connaissances dans la pratique malgré quelques difficultés. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'adoption dans ce projet de l'apprentissage par compétence qui s'ancre dans le paradigme de l'apprentissage et qui permet aux étudiants d'être actif dans leurs apprentissages (Goudreau & al., 2009) et ainsi diminuer le fossé entre la théorie et la pratique (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

On peut remarquer à travers les résultats de la dernière question du sondage que la principale difficulté des étudiants est le manque de pratique et ce, en contexte réel. Évidemment, cela souligne qu'une activité pédagogique en milieu scolaire doit être en complémentarité avec une exposition en milieu clinique (OIIQ, 2009b) tel que mentionné dans la recension des écrits du présent travail.

Les commentaires des deux cohortes suite au sondage étaient majoritairement positifs ce qui laisse entendre que l'activité a été appréciée par ceux-ci.

Pour conclure cette discussion, il est important de revenir sur la légère différence à la baisse concernant les résultats entre la première et la deuxième mise à l'essai. Il est difficile d'émettre une hypothèse qui pourrait expliquer ces résultats. Plusieurs facteurs non contrôlables peuvent être survenus. Au niveau environnemental, l'environnement scolaire de la seconde cohorte était peu équipé au niveau technologique (préparation de la visualisation de la vidéo) ce qui peut avoir créé une insécurité chez les tutrices lors de la deuxième mise à l'essai. Les classes à la FSI ne permettaient pas d'emblée le travail en équipe et nécessitaient une organisation de la part des tutrices. Une autre hypothèse qui pourrait expliquer cette différence à la baisse entre les deux cohortes peut être soulevée. En ce qui concerne la première cohorte, j'avais par le passé été tutrice pour deux des cours que ces étudiants devaient suivre, donc je connaissais déjà la plupart de ces étudiants contrairement à la cohorte de Montréal qui m'était inconnue. Selon les résultats qui ont été rapportés par les sondages, peut-être que cela a été un « élément favorable » à la perception et à l'appréciation des étudiants par rapport à l'activité pédagogique que je leur ai présentée. Cela représente donc un biais dans ce projet de stage.

Cependant, les effets positifs des différentes améliorations effectuées sur les documents ainsi qu'au niveau organisationnel de l'activité d'apprentissage entre les deux mises à l'essai se sont surtout fait ressentir par les tutrices.

Auprès des tutrices. Sans aucun doute, les tutrices ont remarqué une nette amélioration entre les deux cohortes.

Première cohorte. Lors du premier essai (Appendice M), les tutrices ont indiqué être trop serrées dans le temps et ainsi ne pas parvenir à effectuer toutes les activités tel que prévu. Aussi, elles ont rapporté que les étudiants semblaient avoir de la difficulté à rapporter les éléments prioritaires de la collecte de données liés au domaine de la santé mentale. Nous avons donc mis en place des stratégies pour pallier à ces difficultés. Nous avons indiqué aux étudiants de lire le canevas-guide pour une collecte de données spécifique à la santé mentale avant le laboratoire à titre de préparation (Appendice D). Nous avons surligné dans le guide de collecte de données - version tuteur (Appendice E) les principaux éléments qui devaient être abordés en plénière afin

que les tutrices ne reviennent que sur les éléments souvent oubliés par les étudiants (généralement le non verbal du patient) et non sur tous les éléments afin de gagner du temps. Aussi, sur le document du plan de déroulement de laboratoire (Appendice H), nous avons alloué du temps à chacune des activités afin que les tutrices ainsi que les étudiants puissent mieux gérer leur temps. Aussi, les tutrices avaient remarqué que les étudiants semblaient confus et incertains par rapport au contexte de la vidéo. Il a donc été convenu qu'une phrase de mise en contexte serait inscrite dans le plan de déroulement du laboratoire et que les tutrices assureraient d'énoncer le contexte de la vidéo avant de démarrer celle-ci. Finalement, selon les tutrices, certains étudiants se sont montrés inquiets face à l'expertise de l'infirmière qui ne prenait pas de note et qui ne se référait pas à un plan pour mener son entrevue semi-structurée. Encore une fois, nous nous sommes entendus avec les tutrices pour qu'elles rassurent les étudiants sur le fait que l'infirmière-actrice avait plusieurs années d'expérience à son actif et que ce n'était pas ce niveau que nous attendions d'eux lorsqu'ils se retrouveraient en stage.

Deuxième cohorte. Lors de la deuxième mise à l'essai, les tutrices ont remarqué une nette amélioration (Appendice N). En effet, selon elles, les étudiants semblaient mieux préparés et la gestion du temps ainsi que l'organisation des activités étaient facilitées. C'est lors de cette rencontre qu'elles ont mentionné le progrès entre la vidéo précédente où l'on voyait un psychiatre mener une entrevue plutôt qu'une infirmière. En tant qu'infirmières, elles s'y reconnaissaient davantage dans leur rôle en santé mentale.

Les limites et les forces du stage et de l'intervention

Les limites. Il importe de considérer que ce n'est pas toutes les tutrices de l'Université de Montréal qui ont fait leurs études par approche par compétence et/ou qui ont suivi la formation sur le tutorat et/ou l'approche par compétence offertes par le CIFI. Pour certaines d'entre elles qui sont issues d'un enseignement de type magistral, il peut être difficile d'appliquer une approche participative dans les différentes activités pédagogiques qu'elles guident malgré un « guide de déroulement de laboratoire » exhaustif (Appendice H) qui est entièrement bâti sur cette approche.

Ensuite, le canevas-guide pour effectuer une collecte de données (Appendice D) peut devenir un « piège » pour les étudiants s'ils désirent faire leur évaluation de la condition mentale en se fiant exactement aux éléments mentionnés. Cela peut entraîner une rigidité chez le stagiaire

qui l'empêcherait de s'adapter au courant que la discussion interactive prend. Par exemple, s'ils discutent de la violence conjugale que la patiente subie et que la question suivante est : « Avez-vous de la constipation? », cela peut causer un certain froid et être un frein à la relation/discussion thérapeutique.

De plus, il est évident qu'une activité pédagogique comme celle-ci ne peut pas remplacer la pratique en milieu clinique entre le stagiaire et un patient avec le contexte et les réactions émotionnelles que cela engendre naturellement lors d'interactions entre des humains. Par contre, cette activité pédagogique peut être complémentaire à l'exposition clinique des étudiants en stage.

Aussi la mise en action des interventions déterminées par les étudiants ne peut être effectuée dans le cadre de cette activité pédagogique et il est donc impossible, par le fait même pour les étudiants d'évaluer le fruit de leurs interventions. Ces deux éléments constituent les deux dernières étapes du processus méthodique qu'est la démarche de soins qui seront effectués en stage.

Les forces. Bien que les deux dernières étapes de la démarche de soins ne puissent être réalisées lors de cette activité pédagogique, les étudiants s'exercent tout de même aux trois premières étapes ce qui représenterait du temps ainsi que des efforts considérables pour effectuer la même pratique en stage. Cela est une force si l'on considère l'élément de la problématique de ce projet rapportant la diminution des heures attribuées aux stages.

De plus, selon les résultats du sondage des étudiants (Appendice K et L), ces derniers rapportent que cette activité pédagogique a participé à leur apprentissage quant à l'évaluation de la condition mentale, quant au développement de leur jugement clinique et au transfert de ces connaissances dans la pratique. Évidemment, les étudiants doivent s'exercer à plusieurs reprises en contexte réel avant de voir leur sentiment de compétence s'accroître, mais il est déjà remarquable qu'après cette activité d'apprentissage, environ la moitié d'entre eux se sentent plutôt compétents.

Les retombées sur le milieu de la formation et la pratique infirmière

Pour les étudiants. Cette activité d'apprentissage a permis aux étudiants d'acquérir et d'intégrer des connaissances portant sur l'évaluation de la condition mentale. Cette activité

pédagogique leur a aussi permis de développer leur jugement clinique en lien avec l'évaluation de la condition mentale. De plus, malgré le fait qu'ils n'aient pas effectué eux-mêmes l'entrevue semi-structurée pour la collecte de données et qu'ils n'aient pas pu mettre en œuvre et évaluer les interventions qu'ils ont proposées, cette activité a permis de développer leur sentiment de compétence à réaliser une évaluation de la condition mentale. Aussi, la majorité de ces étudiants se perçoivent désormais comme plutôt capables de transférer ces connaissances dans la pratique malgré quelques difficultés dont les causes s'apparentent à la nécessité d'effectuer eux-mêmes toutes les étapes de la démarche de soins en milieu clinique.

Pour l'équipe de formateur. Ce projet représente pour l'équipe de formateur un modèle d'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale ayant pour but de former des infirmières dont les soins offerts visent la qualité et la sécurité.

Pour la pratique infirmière et les patients. C'est au niveau de la qualité et de la sécurité des soins que ce projet aura un impact dans la pratique auprès des patients. En effet, lors de l'activité d'apprentissage, les étudiants ont acquis des connaissances déclaratives et procédurales, ils ont développé leur jugement clinique et ont perçu une hausse de leur sentiment de compétence. Ces éléments sont non négligeables au niveau de la qualité de l'évaluation de la condition mentale qui favorise l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est important de mentionner que selon Faay et al. (2013), une meilleure évaluation de la condition de santé mentale favorise une prise de décision davantage objective et permet de soutenir les actions pour diminuer la violence et le suicide, entre autres. Aussi, l'amélioration de la qualité des soins aura des répercussions positives sur la participation des patients et de leur famille dans les soins ainsi que sur leur adaptation à la maladie et aux soins. De plus, une qualité des soins accrue permet de renforcer la relation de confiance entre le patient/famille, de favoriser l'adhérence aux traitements pharmacologiques, de réduire les symptômes ainsi que les interventions liées à la contention (Fay et al., 2013). Tous ces éléments ont un impact extrêmement positif sur la qualité de vie des patients/familles.

Recommandations

Pour la formation infirmière

Cette activité est un bon modèle d'apprentissage pour les formateurs et pour les étudiants qui se préparent à aller en stage pour les différentes raisons énoncées plus haut. Le matériel pédagogique pourrait être réutilisé pour quelques années. Le matériel est suffisamment détaillé et exhaustif et permet donc aux futurs formateurs de les réutiliser facilement. De plus, les tutrices qui n'ont pas de connaissances par rapport à l'approche par compétence devraient suivre la formation offerte par le CIFI à ce sujet.

Ensuite, au baccalauréat en sciences infirmières, il serait pertinent que les situations cliniques infirmières (SIC) antérieures au cours *SOI-2604 : Expérience de santé mentale*, permettent aux étudiants d'acquérir des connaissances de base sur l'évaluation du non verbal en santé mentale qui est réalisée par l'observation. Aussi, suite au suivi du cours *SOI-2604 : Expérience de santé mentale*, les SIC des cours subséquents devraient inclure des éléments liés à la condition mentale. Par exemple, dans une SIC, un patient pourrait souffrir d'un trouble d'anxiété généralisée et d'une maladie de Crohn en phase d'exacerbation. De cette façon, les étudiants pourront faire des liens entre la santé mentale et la santé physique et vice versa.

De plus, il serait novateur de mettre de l'avant des modèles de formation basés sur des données probantes actuelles qui privilégient des outils technologiques tels que des vidéos.

Pour les milieux cliniques

Cette activité d'apprentissage pourrait aussi être utilisée dans les milieux cliniques afin de former les infirmières qui se voient offrir un poste sur des unités psychiatriques ou non afin d'uniformiser la formation. De cette manière, toutes les infirmières auraient les connaissances requises pour effectuer une évaluation de la condition mentale selon un modèle qui vise à accroître la sécurité et la qualité des soins.

Pour la recherche

Il serait pertinent de valider les hypothèses énoncées par des recherches. En effet, il serait intéressant d'examiner l'influence des aspects suivants sur le sentiments de compétence des étudiants : l'expérience des tutrices, le sentiment de maîtrise du sujet par celles-ci, l'aisance des tutrices à utiliser la technologie (est-ce que leur aisance à utiliser la technologie génère chez elles

une certaine confiance en leurs moyens qui pourrait se répercuter sur leur crédibilité et l'apprentissage des étudiants), l'expérience des étudiants dans le domaine ainsi que l'environnement scolaire propice à ce type de laboratoire. De plus, il serait pertinent de vérifier si le fait de connaître préalablement la personne qui réalise le projet a un impact sur le sentiment de compétence des étudiants en lien avec l'activité pédagogique qui leur est présentée.

Références

- Billings, D.M. & Halstead, J.A. (2012). *Teaching in nursing: a guide for faculty* (4^e éd.). St-Louis, MO : Elsevier.
- Broom, A. (2005). Using qualitative interviews in CAM research: A guide to study design, data collection and data analysis. *Complementary therapies in medicine*, 13, 65-73. DOI: 10.1016/j.ctim.2005.01.001
- Centre d'excellence de l'Ontario en Santé mentale des enfants et des adolescents. (2007). *Minitrouse sur les méthodes → Entrevues qualitatives : Un tour d'horizon*. Repéré le 29 mars 2015 à http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/minitrouse_entrevues_qualitatives_f.pdf
- Centre d'innovation en formation infirmière. (2008). *Les stages en sciences infirmières : recension d'écrits*. Préparé pour Le comité d'experts sur les stages cliniques. 1-18.
- Chamberland, M. & Hivon, R. (2005). Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie médicale*, 6, 98-111.
- Chamberland, G., Lavoie, L., & Marquis, D. (2011). *20 formules pédagogiques*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Commission sur la santé mentale du Canada (2013). *Rapport annuel 2012-2013 de la Commission sur la santé mentale du Canada : Concrétiser le changement*. Canada : Calgary, p. 1-38
- Faay, D. M. M., Van de Sande, R., Gooskens, F. & Hafsteinsdottir, B. T. (2013). Kennedy Axis V : Clinimetric properties assessed by mental health nurses. *International journal of mental health nursing*, 22, 453-464. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00887.x
- Faculté des sciences infirmières (2010). *Référentiel de compétences : Baccalauréat en sciences infirmières*. Université de Montréal. Canada : Québec.
- Fallon, P. (2008). Life events; their role in onset and relapse in psychosis, research utilizing semi-structured interview methods : a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15, 386-392.
- Fortinash, K. M. & Holoday Worret, P. A. (2013). *Soins infirmiers: Santé mentale et psychiatrie*. (5^e Éd.) Chenelière Éducation, QC : Montréal. p. 1- 952.
- Girard, F. & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C. & Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-15.
- Henneman, E. A., Cunningham, H., Roche, J. P., & Curnin, M. E. (2007). Human patient simulation: teaching students to provide safe care. *Nurse educator*, 32(5), 212-217.
- Hills, M. & Watson, J. (2011). *Creating a caring science curriculum: An emancipatory pedagogy for nursing*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. (5^e Éd.) Chenelière Éducation, QC : Montréal. p. 1- 929.
- Larue, C. (2011). *Plan de cours. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. QC : Montréal. 1-19.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, QC : Guérin
- Lasnier, F. (2001). *Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. Pédagogie collégiale*, 15(1), 28-33.
- Legault, A. (2009). *La formation par compétences à l'université, pourquoi ? comment ?* Communication présentée au Ve Congreso Iberoamericano de Docencia Universitaria, Valencia, Espagne.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Loi 90], L. Q. 2002, c. 33.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Loi 21], L. Q. 2009, c. 28.
- Nordgaard, J., Sass, L. A. & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: validity, structure and subjectivity. *Eur arch psychiatry clin neurosci*, 263, 353-364. DOI : 10.1007/s00406-012-0366-z
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions cliniques de l'infirmière : Application de la loi 90*. Montréal.1-28.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009a). La pratique infirmière en santé mentale : Une contribution essentielle à consolider. *Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques*. 1-251.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009b). Recommandations sur les stages cliniques dans la formation intégrée. *Rapport du comité d'experts sur les stages cliniques*. 1-26

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014a). *Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique*. Repéré le 4 décembre 2014 à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/evaluer-la-condition-physique-et-mentale>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014b). *Champ d'exercice et activités réservées*. Repéré le 4 décembre 2014 à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
- Pepin, J., Kerouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal : QC. Chenelière Éducation.
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Tardif, J. (1998a). *L'apprentissage d'abord. Dans Intégrer les nouvelles technologies de l'information. Quel cadre pédagogique ?* (Chapitre 2, pp. 31-49). Paris, France : ESF Éditeur.
- Tardif, J. (1998b). *La construction des connaissances : 2. Les pratiques pédagogiques. Pédagogie collégiale*, 11(3), 4-9. Repéré à [http://www.cvm.qc.ca/aqpc/Th%C3%A8mes/Enseignement/Apprentissage/Planification%20de%20l'enseignement/Tardif,%20Jacques%20\(11,3\).pdf](http://www.cvm.qc.ca/aqpc/Th%C3%A8mes/Enseignement/Apprentissage/Planification%20de%20l'enseignement/Tardif,%20Jacques%20(11,3).pdf).
- Townsend, M. C. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. (2^e Éd.). Canada, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique inc.
- Varcarolis, E. M. & Halter, M. J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing : A clinical approach*. (6^e Éd.). Canada : Saunders Elsevier. ISBN : 978-1-4160-6667-5.

Appendice A
Objectifs de stage et moyens d'évaluation

But du stage : Élaborer et mettre à l'essai une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat à l'Université de Montréal.

Objectifs du stage	Activités/interventions	Objectifs d'apprentissage	Moyens d'évaluation du stage
1) Élaborer une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat à l'Université de Montréal.	1.1 Élaboration d'un canevas-guide d'entrevue semi-structurée présentant un exemple d'évaluation de la condition mentale. 1.2 Trouver un patient et une infirmière partenaire qui seront les acteurs dans la vidéo et effectuer une rencontre initiale pour déterminer leur vision de leur implication dans ce projet ainsi que pour leur présenter le canevas-guide pour l'entrevue semi-structurée ayant pour but la collecte de données. 1.3 Assurer la disponibilité des ressources matérielles et humaines essentielles au tournage de la vidéo. 1.4 Signature du consentement légal par le patient et l'infirmière partenaire. 1.5 Production de la vidéo et validation de son contenu avec la directrice de projet et	1) Collaborer dans des équipes de travail professionnelles. 2) Développer des habiletés d'animation lors de la prestation de la formation auprès des étudiants. 3) Développer des compétences transversales en lien avec la gestion du projet, entre autres, le déploiement d'un leadership mobilisateur. 4) Approfondir mes connaissances sur le développement d'activités d'apprentissage intégratrices en lien avec l'évaluation infirmière de la condition mentale.	- Canevas-guide d'entrevue semi-structurée. - Vidéo d'une entrevue semi-structurée entre une infirmière et un patient partenaires. - Document de collecte de données complété en lien avec la vidéo selon les quatre concepts centraux de la discipline. -Exemple de plan thérapeutique infirmier en lien avec la vidéo. - Exemple de plan de soins en lien avec la vidéo.

	<p>la personne-ressource</p> <p>1.6 Effectuer une rencontre avec la directrice de projet, le chargé de cours responsable, la personne-ressource pour discuter de l'utilisation de la vidéo, de la démarche de soins en santé mentale ainsi que des objectifs d'apprentissage du laboratoire 2.</p> <p>1.7 Mise à jour des divers documents nécessaires au déroulement de l'activité d'apprentissage en lien avec la vidéo.</p>		<p>- Document du déroulement du laboratoire 2.</p> <p>- Rapport de stage.</p>
<p>2) Mettre à l'essai une activité de formation en laboratoire pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale auprès d'étudiants du baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de Montréal.</p>	<p>2.1 Rencontrer le chargé de cours responsable du <i>SOI-2604</i> pour obtenir son approbation du contenu du laboratoire visé par l'activité d'apprentissage.</p> <p>2.2 Assurer la disponibilité des ressources matérielles et humaines nécessaires au visionnement de la vidéo en classe et aux activités d'apprentissage complémentaires.</p> <p>2.3 Mettre à l'essai l'activité de</p>		<p>- Rapport de stage</p>

	formation dans un laboratoire de trois heures.		
3) Évaluer la perception des étudiants et de l'équipe de formateur sur leur appréciation de l'activité d'apprentissage.	<p>3.1 Production d'un sondage pour évaluer l'appréciation de l'activité par les étudiants et le valider auprès de la directrice de projet.</p> <p>3.2 Production d'un sondage pour évaluer l'appréciation de l'activité par l'équipe de formateur.</p> <p>3.3 Faire passer les sondages aux personnes visées.</p> <p>3.4 Compiler, analyser et interpréter les données.</p> <p>3.5 Ressortir les résultats sous forme de rapport.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Sondage d'évaluation de l'appréciation de l'activité par les étudiants ainsi qu'un autre pour l'équipe de formateur. - Tableau de compilation des données provenant du sondage étudiant. - Analyse et interprétation des données dans le rapport de stage.

Appendice B

Description, avantages et limites des différentes entrevues qualitatives

	Structurée	Semi-structurée	Non structurée
Description	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les questions sont clairement définies dans le guide d'entrevue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les réponses sont libres. 	Aucune des questions n'est définie à l'avance et les réponses sont libres.
	<ul style="list-style-type: none"> • Des questions de vérification (questions qui encouragent une personne interviewée à approfondir un thème donné) et des questions connexes sont incluses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les entrevues menées font appel à un guide qui définit des questions ou des sujets importants, mais une certaine flexibilité entoure le libellé des questions, des questions de vérification et des questions de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce type d'entrevue est spontané, ressemble à une conversation et laisse libre cours à l'improvisation.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les mêmes questions sont posées à toutes les personnes interviewées et dans le même ordre. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ordre des questions peut changer selon le cours de la conversation, mais les mêmes points principaux sont abordés à chaque entrevue. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Les réponses sont libres et sont analysées en fonction de leur qualité. 		
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Cette technique est utile quand plusieurs personnes mènent des entrevues. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervieweur peut mener la conversation selon les réponses données par la personne interviewée. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervieweur peut s'adapter à des contextes spécifiques et modifier ou adapter les questions en conséquence.
	<ul style="list-style-type: none"> • Elle convient à l'intervieweur qui a peu d'expérience. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une plus grande flexibilité qu'une entrevue structurée, mais la conversation reste centrée. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Elle permet d'établir des comparaisons à différents moments si la personne interviewée est reçue plus d'une fois en entrevue. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'entrevue semi-structurée permet une analyse plus poussée que l'entrevue structurée. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Utile pour obtenir de l'information spécifique. 		
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Comme un scénario est suivi, ce type d'entrevue ne permet pas à l'intervieweur de fouiller des idées qui pourraient être intéressantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce type d'entrevue exige une certaine expérience de l'intervieweur qui doit savoir intervenir pour s'assurer que les principaux points ont été abordés au cours de la 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité des renseignements recueillis dépend davantage de la compétence de l'intervieweur ce qui n'est pas le cas des entrevues structurées ou semi-structurées car le scénario

		conversation.	à suivre est plus libre.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cette technique ne donne pas à l'intervieweur la flexibilité voulue pour suivre le cours naturel de la conversation. 		<ul style="list-style-type: none"> • Chaque entrevue peut donner des types de renseignements différents, ce qui peut compliquer la recherche de thèmes communs entre les personnes interviewées.

Centre d'excellence de l'Ontario en Santé mentale des enfants et des adolescents. (2007). *Minitrousse sur les méthodes → Entrevues qualitatives : Un tour d'horizon*. Repéré le 24 mars 2015 à http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/minitrousse_entrevues_qualitatives_f.pdf

Appendice C
Échéancier du stage

Échéancier du stage Se déroulant du 31 mai au 28 novembre 2015	
Semaine 1 31 mai au 6 juin	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuster l'opérationnalisation des activités et l'échéancier du stage. - Communiquer avec Mme Laurence Ha pour le formulaire de consentement légal pour le patient et l'infirmière partenaires ayant pour but l'apprentissage.
Semaine 2 7 au 13 juin	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le canevas existant sur l'évaluation de la santé mentale basé sur la démarche humaniste-<i>caring</i> et sur les composantes de l'évaluation de l'état mental de Fortinash. - Associer les grandes catégories d'évaluation à des suggestions de questionnements infirmiers. - Envoyer ces documents pour validation à ma directrice de projet et à ma personne-ressource.
Semaine 3 2 au 8 août	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer les corrections sur les documents mentionnés précédemment. - Effectuer une rencontre initiale (par téléphone) avec le patient et l'infirmière partenaire pour déterminer leur vision de leur participation dans ce projet et déterminer un moyen de partage de documents acceptable pour les deux parties (poste ou courriel).
Semaine 4 9 au 15 août	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer avec le patient-partenaire et l'infirmière partenaire. Prévoir une date/lieu de tournage, leur faire parvenir des copies du canevas-guide pour l'entrevue semi-structurée et partager certaines directives essentielles. - Réservation du matériel audiovisuel et démarches pour aide au tournage.
Semaine 5	<ul style="list-style-type: none"> - Tournage de la vidéo.

16 au 22 août	<ul style="list-style-type: none"> - Valider le contenu de la vidéo avec la directrice de projet et la personne-ressource. - Rencontrer la directrice de projet et le chargé de cours responsable (personne-ressource) pour discuter de leur vision de l'utilisation de la vidéo, de la démarche de soins en santé mentale ainsi que des objectifs d'apprentissage du laboratoire 2.
Semaine 6 23 au 29 août	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustement des activités d'apprentissage en lien avec la vidéo et en fonction des suggestions/commentaires de la directrice de projet et du chargé de cours responsable.
Semaine 7 30 août au 5 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Correction et validation des changements auprès de la directrice de projet et du chargé de cours responsable. - Planification du cours et validation avec la directrice de projet et le chargé de cours responsable.
Semaine 8 6 au 12 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des documents nécessaires pour la réalisation de l'activité pour les étudiants et les tutrices de laboratoire et validation. - Production et validation auprès de la directrice de projet d'un sondage pour évaluer la perception des étudiants sur leur appréciation de l'activité d'apprentissage et d'un autre sondage pour évaluer l'appréciation de l'équipe de formateur concernant cette activité.
Semaine 9 13 au 19 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Partager ces documents aux tutrices (par courriel) et aux étudiants (via Studium avec l'aide du chargé de cours). - Rencontrer les tutrices de laboratoire pour expliquer les documents et le fonctionnement de la mise à l'essai de l'activité d'apprentissage.
Semaine 10 20 au 26 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Première mise à l'essai de l'activité d'apprentissage (cohorte du Campus Laval). - Récolter et compiler les données des deux types de sondage (étudiants et équipe de formateur).

	<ul style="list-style-type: none"> - Divulguer le compte-rendu de la compilation des données du sondage étudiant à l'équipe de formateur.
Semaine 11 27 septembre au 3 octobre	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les données. - Effectuer les diverses corrections nécessaires aux documents afin de pallier aux difficultés rencontrées lors de la première mise à l'essai.
Semaine 12 18 au 24 octobre	<ul style="list-style-type: none"> - Valider les corrections effectuées auprès de la personne-ressource. - Envoyer par courriel les documents corrigés aux tutrices.
Semaine 13 25 au 31 octobre	<ul style="list-style-type: none"> - Deuxième mise à l'essai de l'activité d'apprentissage (cohorte de la FSI à Montréal). - Récolter et compiler les données des deux types de sondage (étudiants et équipe de formateur). - Divulguer le compte-rendu de la compilation des données du sondage étudiant à l'équipe de formateur.
Semaine 14 1 ^{er} au 7 novembre	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser et interpréter les résultats des sondages et en ressortir des recommandations. - Préparer une activité de partage de connaissances pour divulguer les résultats du projet.
Semaine 15 22 au 28 novembre	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de partage de connaissances. - Récolter les suggestions/commentaires des participants et bonifier le rapport de stage à l'aide de ceux-ci.

Appendice D
Canevas pour la collecte de données

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DE SANTÉ

PAR

LA COLLECTE DE DONNÉES

SELON DE MODÈLE HUMANISTE DE SOINS INFIRMIERS DE L'UDEM

DONNÉES SPÉCIFIQUES À L'ÉVALUATION DE LA CONDITION DE SANTÉ MENTALE

AUTOMNE 2015

*Vous devez vous référer à votre jugement clinique et au contexte pour déterminer les données spécifiques pertinentes à collecter.

Raison de consultation ou d'admission, diagnostic médical principal de la Personne :

Source d'information	Moyens d'évaluation
Données subjectives (Personne)	Entretien semi-structuré avec la Personne (et autres personnes présentes à l'entretien, s'il y a lieu)
Données objectives (Intervenants)	Examen clinique
Dossier de la Personne	
Documents fournis : ➤ Par la personne ➤ Par les collègues	Interactions
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	

Selon l'OIIQ (2010; cité dans Fortinash, 2013), les principaux objectifs de l'évaluation infirmière en santé mentale sont :

- De distinguer l'anormalité de la normalité;
- De détecter des complications;
- De déceler des problèmes de santé;
- De déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation de santé du client;
- D'établir les priorités et les conditions d'intervention.

*En aucun cas, l'infirmière ne fait de diagnostic.

Collecte de données spécifiques à la santé mentale selon les quatre concepts centraux

DONNÉES DE LA PERSONNE		SUGGESTIONS DE QUESTIONS
Individu <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexe, âge, état civil, origine ethnique, langue parlée, niveau de scolarité, occupation, taille, poids. 		<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre occupation principale (travail, études, bénévolat, etc.)?
Famille <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfants (à charge ou non) ➤ Relation familiale <ul style="list-style-type: none"> ○ Avec ses parents (biologiques, adoptifs ou autres : parents de même sexe, etc.) ○ Avec ses frères et sœurs ○ Avec les proches ➤ Personnes significatives qui habitent avec le client ou le côtoient régulièrement. 		<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre situation conjugale/familiale? Habitez-vous seul ou avec d'autres personnes?
Communauté <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communauté religieuse / ethnique 		<ul style="list-style-type: none"> - Faites-vous partie d'une communauté religieuse?
DONNÉES DE L'ENVIRONNEMENT		SUGGESTIONS DE QUESTIONS
Milieu de vie <ul style="list-style-type: none"> ➤ Espace et bien-être ➤ Présence d'animaux domestiques 		<ul style="list-style-type: none"> - Dans quel type de résidence habitez-vous?
Relation familiale-sociale, ressources <ul style="list-style-type: none"> ➤ Liens et qualité du réseau social (faire le génogramme et écocarte) 		<ul style="list-style-type: none"> - Comment qualifieriez-vous vos relations avec votre famille / les autres (concierge de l'immeuble, etc.) (bonnes, plus ou moins bonnes, conflictuelles, malsaines, absentes)? Quelle est la fréquence de ces contacts?
Activités sociales, activités citoyennes <ul style="list-style-type: none"> ➤ Association(s), Bénévolat ➤ Loisirs 		<ul style="list-style-type: none"> - Faites-vous partie d'un groupe d'entraide en santé mentale? - Quels sont vos loisirs? À quelle fréquence les pratiquez-vous?

Considérations économiques ➤ Revenu (stable, non stable, problèmes financiers)	- Avez-vous des difficultés financières?
<div> <div> DONNÉES DE LA SANTÉ </div> <div> SUGGESTIONS DE QUESTIONS </div> </div>	
Histoire de la santé du client (autre le problème de santé mentale) ➤ Histoire de son enfance (accouchement, maladie infantile, immunisation) ➤ Histoire de sa croissance et de son développement ➤ Histoire de médecine interne (allergies, hypertension artérielle, diabète, cancer, autres) ➤ Histoire de chirurgie ➤ Histoire d'obstétrique (désir de la grossesse, accouchement et déroulement général, avortements et date + motif) ➤ Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) ➤ Profil pharmacologique ➤ Autres	- Y a-t-il des histoires autour de votre naissance? Grossesse de la mère, accouchement, etc. ? - Avez-vous des problèmes de santé ? - Avez-vous subi des chirurgies au cours des dernières années? - Avez-vous des allergies? - Prenez-vous des médicaments? Les considérez-vous efficaces? Les prenez-vous régulièrement? Êtes-vous confortable avec cette médication? Ressentez-vous des effets secondaires?
Histoire de santé passée et actuelle de la famille du client ➤ Antécédents familiaux : maladie mentale et tentatives suicidaires, maladies héréditaires, âge et cause de décès des membres de la famille	- Des membres de votre famille ont-ils des problèmes de santé physique (diabète, HTA, cardiaque, etc.)? - Des membres de votre famille ont-ils des problèmes de santé mentale (dépression, dépendance, suicide, etc.)?
Présentation de la personne ➤ Présentation générale (habillement, tenue, hygiène, maquillage, état des cheveux et des ongles, cicatrices) ➤ Expression faciale ➤ Contact visuel ➤ Attitude (coopérative, hostile, méfiante, familière, irritable, évasive, arrogante, etc.) ➤ Comportement moteur (activité motrice, mouvements) ➤ Langage (qualité, débit, particularités)	- Comment caractérisez-vous votre humeur en général (heureux, calme, triste, colérique, anxieux, etc.)?

➤ État émotionnel (humeur, affect)	
Besoin de la personne <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sommeil et repos (insomnie, cauchemars) ➤ Alimentation et hydratation (nombre de repas par jour, type d'alimentation, aliments interdits, endroit de repas, seul ou en groupe) <ul style="list-style-type: none"> ○ Comportement anorexique ou boulimique ○ Perte ou gain de poids (volontaire ou non) au cours des derniers mois ○ Consommation de café, thé, colas, chocolat : quantité par jour ○ Sécheresse de la bouche, de la peau ➤ Élimination (mictions quotidiennes, selles journalières, utilisation de laxatifs ou de lavements, cycle menstruel, SPM) ➤ Respiration et circulation (rythme, difficulté) ➤ Sexualité/intimité/amour (satisfaction des besoins) 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous observé des changements au cours des dernières semaines au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> • Votre sommeil ? • Votre poids? • Vos habitudes alimentaires? - À quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher? Avez-vous l'habitude de faire des siestes? Combien de temps? Comment qualifieriez-vous votre sommeil (récupérateur, léger, agité, difficulté d'endormissement, réveils fréquents, cauchemars)? - Comment qualifieriez-vous votre appétit (normal, diminué, augmenté)? - Avez-vous besoin d'aide pour vous laver? Vous habiller? Vous mobiliser? - Faites-vous des activités physiques? Lesquelles? À quelle fréquence? - Comment est votre cycle menstruel (régulier, irrégulier, ménopause)? Avez-vous observé des changements au niveau de votre libido? Avez-vous une vie sexuelle active? Combien de partenaire(s) avez-vous? Utilisez-vous un moyen de contraception?
Consommation de substances psychotropes (alcool, cigarette, drogue, autre que la médication prescrite) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Type de substance (dose fréquence, mode, durée) ➤ Situations qui font fluctuer la consommation 	<ul style="list-style-type: none"> - Consommez-vous de l'alcool, cigarettes et/ou des drogues? Quelle quantité? À quelle fréquence?
Fonctions cognitives <ul style="list-style-type: none"> ➤ Niveau de conscience ➤ Orientation (espace, temps, personne) ➤ Mémoire (immédiate, récente, ancienne) ➤ Attention et concentration ➤ Jugement 	<p>*À poser seulement lorsque l'on doute d'une atteinte à ce niveau.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Mémoire immédiate</u> : Répéter une série de 3 mots (fleur, journée, charité) immédiatement, puis 5 minutes plus tard. - <u>Mémoire récente</u> : Qu'avez-vous mangé au repas précédent ? - <u>Mémoire ancienne</u> : Quelle école avez-vous fréquentée dans votre jeunesse ?

<p>➤ Autocritique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Attention et concentration</u> : Nommez les mois de l'année à l'envers ou comptez en descendant de 20 jusqu'à 1. - <u>Jugement</u> : Vous vous réveillez en pleine nuit et vous entendez l'alarme de feu sonner dans votre logis, que faites-vous? - <u>Autocritique</u> : Avez-vous des difficultés présentement ? Avez-vous besoin d'aide ? Quelles ont été les conséquences de vos actes?
<p>Opération de la pensée</p> <p>➤ Cours/processus (désorganisé, fuite des idées, circonstancié, tangentiel, etc.)</p> <p>➤ Contenu (préoccupations, découragement, dévalorisation, obsessions, etc.)</p> <p>➤ Obsessions/compulsions</p> <p>➤ Délire (de persécution, de grandeur, de contrôle, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des idées qui vous obsèdent, qui sont répétitives ? - Comment vous vous sentez quand vous avez ces idées? - Qu'est-ce que vous faites pour vous soulager lorsque vous avez ces idées?
<p>Fonctions neurosensorielles</p> <p>➤ Perceptions concernant les cinq sens : la vue, l'odorat, l'ouïe, le goûter, le toucher</p> <p>➤ Hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques</p> <p>➤ Illusions sensorielles</p> <p>➤ Idées de référence</p> <p>➤ Douleur ou autre(s) sensation(s) désagréable(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vous arrive-t-il de voir ou d'entendre des choses que les autres ne voient pas ou n'entendent pas?
<p>Risque suicidaire et risque d'agressivité (homicidaire)</p> <p>➤ Tentative(s) ou non de suicide</p> <p>➤ Perte récente d'une personne importante ou autre type de perte</p> <p>➤ Propos sur la mort ou liés à la vie après la mort</p> <p>➤ Présences d'idées suicidaires et/ou d'automutilation</p> <p>➤ Plan de suicide</p> <p>➤ Risque d'agressivité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que vous faites quand vous êtes frustré? Avez-vous tendance à dire ou faire des choses que vous regrettez ensuite? - Avez-vous déjà été découragé au point de souhaiter mourir? - Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide? Si oui, combien et dans quelles circonstances? - Avez-vous des idées suicidaires actuellement? C.O.Q. - Comment vous vous comportez lorsque vous vivez une frustration ou que vous êtes en colère? En général, quelles sont les sources de votre colère ? Quels moyens utilisez-vous pour gérer votre colère ?

Actualisation de soi / croissance personnelle <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perception de soi, estime de soi (forces, faiblesses, sentiment d'infériorité, apparence corporelle) ➤ Valeurs (buts) dans la vie ➤ Vie spirituelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Religion/foi en Dieu ○ Spiritualité sans Dieu ○ Rituels religieux 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les valeurs importantes pour vous? - Quels sont vos projets dans les prochaines années? Qu'est-ce que vous aimeriez avoir accompli d'ici les cinq prochaines années (étude, travail, relation, logement)? - La religion est-elle importante dans votre vie?
Signification accordée à l'expérience de santé <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perception(s) ou sentiment(s) du client sur la consultation ou cette hospitalisation ➤ Conception de la santé et de la maladie pour le client ➤ Craintes, peurs et sentiments face à la maladie ➤ Espoirs quant à l'avenir ➤ Croyances facilitantes face à la santé ou à la maladie ➤ Influence du problème de santé sur les activités, le style de vie, le travail ➤ Influence du problème de santé sur les rôles du client 	<ul style="list-style-type: none"> - Vous considérez-vous en santé? Si non, quels seraient les critères qui vous permettraient de vous considérer en santé? - Quelles sont vos principales craintes/peurs face à la maladie que vous vivez? - Quelles sont les pensées qui vous aident à passer au travers des moments difficiles de la maladie? - Est-ce que ce problème de santé a un impact sur vos activités ? Si oui, comment? - Est-ce que ce problème de santé a un impact sur votre rôle de conjoint, parent, etc.?
DONNÉES SUR LE SOIN	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnostic médical ➤ Symptômes les plus dérangeants <ul style="list-style-type: none"> ○ Événements qui ont provoqué le début des symptômes ○ Événements qui augmentent ou diminuent les symptômes ➤ Influence des signes et symptômes sur les activités de la vie quotidienne ➤ Attentes du client quant au traitement et rétablissement de sa santé 	SUGGESTIONS DE QUESTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> - Êtes-vous venus à la clinique par vous-même ou êtes-vous hospitalisés de votre plein gré? - Qu'est-ce qui vous a amené à consulter ? - Quelle est la raison de votre hospitalisation? - Quels sont vos symptômes? Depuis quand les ressentez-vous? Qu'est-ce qui les soulage? Quelle en est la cause? - Avez-vous déjà été traité pour un problème similaire? Pour un trouble émotionnel ou psychiatrique?

Appendice E
Collecte de données – Version tuteur

Collecte de données – Tuteur

- Seuls les éléments surlignés sont à revoir avec les étudiants en plénière

Personne
Individu : Homme caucasien, ~ 55 ans (né en 1960), parle français, né à Montréal, marié depuis hiver 2014, a suivi des cours au Cégep et à la télé-université en psychologie. Occupation : Participe à divers projets avec les professionnels de la santé. Taille et poids : à mesurer
Famille : Père : Vu 3 fois dans sa vie Mère : toujours en contact, remariée 3 fois, n'est plus en contact avec ses beaux-pères 5 frères, 2 sœurs En couple depuis 17 ans, marié depuis hiver 2014, n'habite pas ensemble Père substitut / mentor : Professeur de Cégep, a maintenant ~ 92 ans
Communauté : Croit en Dieu et en la résurrection, animiste biologie (croit en l'âme)
Environnement
Milieu de vie : HLM (Habitation à loyer modique) : appartement => Suivi par : infirmière, psychiatre, travailleur social et intervenant-ressource

Relation familiale-sociale, ressources :

Appel des membres de son groupe d'entraide s'il a des difficultés (« téléphone-thérapie »)

Génogramme et écocarte non faits

Activités sociales, activités citoyennes

Membre d'un groupe d'entraide en santé mentale « Prendre pouvoir » depuis 8 ans

Bingo 1x/sem

Considérations économiques :

Données manquantes

Santé**Histoire de santé du client :**

Enfance : « Renfermé », « leader », « rebelle »

Antérieure : lymphome de malte il y a 6 ans, hernie, kyste, cholestérol, arythmie, herpès génital et hépatite C.

Profil pharmacologique actuel: Haldol, Séroquel 250 mg, Ativan PRN

Antécédents familiaux :

Tentative de suicide : 1 frère et ½ frère

Arthrite chez la mère

Grand-père décédé d'une tumeur cérébrale

Oncle épileptique

Présentation de la personne :

Générale : Propre, soigné

Expression faciale : concentré, à l'écoute, contact visuel assez constant, attitude coopérative.

Comportement moteur : dyskinésie a/n de la langue et des doigts

État émotionnel : humeur euthymique, affect approprié (légère nervosité, mais client discute de moments forts de sa vie et il est filmé)

Besoins de la personne :

Sommeil : ~ 15 hrs / nuit (prends Seroquel et ativan au besoin)

Alimentation : plats congelés, céréales, Boost (supplément alimentaire), cocktail de légumes, mange mieux lorsque sa femme est là.

Café : 4-6/jour. Boissons gazeuses : 4-5/jour. Boissons énergisantes : Ø

Élimination et respiration/circulation : ok

Sexualité/intimité/amour : Peu d'effets secondaires de la médication sur sa libido et sur sa capacité érectile.

Hygiène : douche chaque 2 jours, Ménage de son appartement chaque 2 jours

Consommation de substances psychotropes :

Drogues/alcool : cessé depuis 11 ans

Tabac : 35-40/jour, n'est pas prêt à arrêter à court ou moyen terme. Croyances contraignantes : « La cigarette va me sauver », « elle va sauver mon âme ».

Fonctions cognitives :

Pensée vive, propos cohérents

Bonne mémoire et concentration

Opération de la pensée :**Cours de la pensée organisée****Fonctions neurosensorielles :**

Antérieurement : Personnalité limite, schizophrénie paranoïde, schizophrénie résiduelle

Actuellement : Schizophrénie affective avec hallucinations auditives, se prend pour César le chef de la planète des singes quelques minutes par mois.

Hallucinations hypnopompiques et hypnagogiques à l'occasion

Risque suicidaire et risque d'agressivité :

3 tentatives de suicide, dont une en 1982 par phlébotomie en prison.

Incarcéré pendant 4 ans pour vol à main armée (~ 1981 à 1985), puis 12 ans à l'Institut Pinel (~ 1985 à 1997).

Se disait dangereux dans le passé, mais maintenant sait qu'il doit verbaliser ses idées agressives pour les désamorcer.

Actualisation de soi : (Où il se voit dans 5 ans)

Données manquantes

Signification accordée à l'expérience de santé :

N'accepte pas sa maladie mentale. Pour lui il a des « difficultés émotionnelles », il est « intoxiqué par ses émotions »

Soin**Diagnostic médical :**

Antérieur : Rémission lymphome de malte, schizophrénie paranoïde, schizophrénie résiduelle.

Actuel : Personnalité limite et schizophrénie affective (début à l'adolescence), peu d'influence sur ses AVQ

Depuis sa sortie de l'Institut Pinel (~1997) : 3 hospitalisations involontaires (Causes : 1. Rupture amoureuse, 2. Crise d'identité

sexuelle (homosexualité?), 3. Paranoïa sur les gangs de rue)

Aucune hospitalisation volontaire

Ce qui l'aide lorsqu'il vit des difficultés : verbaliser, se faire écouter, mais qu'on ne panique pas avec ce qu'il dit, la médication et se ramener au moment présent.

Symptômes qui indiquent une décompensation : critiquer les citoyens, arrêter de parler, philosopher +++, vouloir être végétarien

Éléments d'évaluation manquants

- A-t-il des enfants ?
- Ses projets dans les 5 prochaines années ?
- Craintes, peurs face à la maladie ?
- Fait-il de l'activité physique ?

Qualités de l'infirmière lors de l'entrevue semi-structurée

- Introduction : Se présente, but de l'entrevue, met le client à l'aise
- Techniques de communication : validation, résumé, ressort ses forces, demande des précisions, etc.

Appendice F
Plan thérapeutique infirmier de M. X – Version tuteur

EXEMPLE

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER- FORMULAIRE

Constat de l'évaluation								
Date	Heure	No	Problème ou besoin prioritaire	Initiale	Résolu/Satisfait			Professionnels/ services concernés
					Date	Heure	Init.	
2015-09-27	11h00	1	Schizophrénie affective	G.B.				Équipe multi.
2015-09-27	11h00	2	Apprentissage de l'autogestion des signes et symptômes de rechute	G.B.				Équipe multi.
2015-09-27	13h00	3	Consomme peu d'aliments du groupe alimentaire (fruits et légumes)	G.B.				Nutritionniste
2015-09-28	15h30	4	Ne fait aucune activité physique	G.B.				Équipe multi. Kinésiologue

Suivi clinique							
Date	Heure	No	Directives infirmières	Initiales	Cessée/réalisée		
					Date	Heure	Initiales
2015-09-27	11h00	1	Évaluer signes d'agressivité				
		1-2	Aviser inf. si signes de décompensation (hallucinations auditives, philosopher +++, arrête de parler, s'isole, critique +++, etc.)				
		1-2	Proposer Ativan PRN si présence d'agitation psychomotrice +++)	.			
		2	Aviser inf. si prise d'anxiolytique ≥ 3 nuits consécutives	G.B.			
2015-09-27	13h00	3	Évaluer motivation à avoir une alimentation plus saine				

		3	Demander consultation avec nutritionniste				
		3	Planifier les repas de la semaine en présence de sa femme q Lundi (Dir. verbale au client)				
		3	Manger \geq 1 fruit ET 1 légume par jour (Dir. verbale au client)	G.B.			
2015-09-28	15h30	4	Évaluer motivation à faire des activités physiques				
		4	Évaluation condition physique en kinésiologie				
		4	Prendre une marche de 20 min q 2 jours	G.B.			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/service
Francine Carré (nom fictif)	F.C.	Unité de psychiatrie - jour

Appendice G
Plan de soins thérapeutique infirmier pour M. X – Version tuteur

Exemple de plan de soin thérapeutique infirmier pour M. X

Apprentissage de l'autogestion des signes et symptômes de rechute.

Objectifs :

Que le client :

- ✓ Identifie 3 actions/interventions à poser en cas de signes et symptômes de rechute d'ici 2 jours.

Interventions :

- ✓ Encourager le client à aviser l'infirmière lorsqu'il perçoit 2 signes et symptômes de rechute et/ou présente hallucinations auditives qui persistent après 30 min.
- ✓ Encourager le client à verbaliser ses pensées/émotions lorsqu'il perçoit des signes et symptômes de rechutes.
- ✓ Évaluer signes d'agressivité à chaque rencontre de suivi.

Adopter de saines habitudes de vie

Exemple d'objectifs en fonction des connaissances et des motivations de M. X :

Que le client :

- ✓ Identifie 4 points positifs à apporter des changements dans ses habitudes de vie.
- ✓ Inclus au minimum 2 fruits et 2 légumes dans son alimentation par jour d'ici 1 mois.
- ✓ Diminue sa consommation de café : ≤ 2 par jour d'ici 1 mois.
- ✓ Diminue sa consommation de boissons gazeuses ≤ 1 par jour d'ici 1 mois.
- ✓ Prenne une marche d'au moins 20 minutes par jour q1-2 jour(s) d'ici 1 semaine.

Interventions :

- ✓ Encourager le client à manger des légumes et des fruits quotidiennement.
- ✓ Aider le client à se fixer des objectifs alimentaires hebdomadaires (Exemple : Cette semaine, je veux diminuer ma consommation de café à 3 par jour).
- ✓ Encourager le client à faire des activités physiques quotidiennement.
- ✓ Faire du renforcement positif sur les changements effectués.

Appendice H

Déroulement du laboratoire

Laboratoire 2 : La démarche de soin en santé mentale

Préparation au laboratoire 2 :

- Effectuer la Formation interactive sur le Plan thérapeutique infirmier (PTI), OIIQ (si ce n'est pas déjà fait)
- Lire le Guide d'application de la norme de documentation du PTI, OIIQ (si ce n'est déjà fait)
- Lire le chapitre 4 de Fortinash (2013), pages 72-97, en insistant sur le vocabulaire utilisé en santé mentale.
- Relire au besoin la démarche de soins infirmiers humaniste-caring
- Lire le canevas-guide de la démarche spécifique humaniste-caring selon les quatre concepts centraux de la discipline infirmière spécifique à la santé mentale sur Studium.

TITRE : La démarche de soins en santé mentale (3 heures)		
Objectif terminal de la leçon : - Effectuer une démarche de soins dans un contexte de santé mentale		
Activités d'enseignement (ce que le prof fait)	Activités d'apprentissage (ce que font les élèves)	Objectifs spécifiques (pourquoi on le fait)
Ouverture : <input type="checkbox"/> Retour sur le laboratoire d'interaction comme préalable à la démarche de soins. <input type="checkbox"/> Rappel des phases de la démarche de soins infirmiers <i>caring</i> : collecte de données/analyse et interprétation des données/ planification des soins (<i>caring</i>) / évaluation (rappel du cours théorique).	<input checked="" type="checkbox"/> Discussion informelle sur le contexte de soin en santé mentale (10 minutes).	Différencier la démarche de soin selon qu'elle s'applique à un contexte de santé physique ou à un contexte de santé mentale.

<p>Déroulement</p> <p>Activité 1</p> <p>L'entrevue d'accueil et la collecte de données de la personne : Ces données vous amèneront à faire un PTI et un Plan de soins infirmiers et donc, à poser un problème dans le but d'intervenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Visionnement de la vidéo où l'infirmière Mme France Carré (nom fictif) s'entretient avec un client. Cette vidéo représente une pratique standard d'une entrevue initiale dans un contexte de changement de clinique externe par le client. ❑ Retour sur l'exercice d'observation en utilisant la collecte de données humaniste-<i>caring</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visionnement de la vidéo et collecte de données individuelle (50 minutes). • Collecte de données de la personne : en équipe de quatre personnes (Aller à l'essentiel : le plus pertinent pour formuler des objectifs PTI et PDSI) (20 minutes). • Plénière sur les éléments souvent oubliés par les étudiants dans la collecte de données (15 minutes). • Vérification des éléments manquants ou à ajouter sur la collecte de données (5 minutes). 	<p>Énoncer les éléments de la collecte de données de la personne dans un contexte de santé mentale.</p>
<p style="text-align: center;">Pause 15 minutes</p>		

<p>Activité 2</p> <p>L'analyse et l'interprétation des données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portrait global de l'expérience de santé découlant de l'analyse et de l'interprétation : compréhension de l'expérience de santé de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension de l'expérience de santé à partir de l'entretien visionné par équipe de quatre et par le regroupement de données, identifier les besoins/problèmes issus de cette situation de santé (10 minutes). 	<p>Résumer votre compréhension de l'expérience de santé de la personne.</p>
<p>Activité 3</p> <p>La planification des soins et l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du plan de soins en santé mentale • Exemples de plans de soins • Caractéristiques de l'évaluation du plan de soins en santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Produire un plan de soins à partir d'au moins un objectif de soin (15 minutes). • Discuter des inscriptions au plan thérapeutique infirmier (PTI) (15 minutes). • Plénière (20 minutes) 	<p>Formuler un plan de soins infirmiers à partir d'objectifs SMART.</p> <p>Identifier les inscriptions à retenir pour le PTI.</p>
<p>Évaluation du laboratoire par de courtes questions (10 minutes)</p>	<p>Post-cours</p> <p>Amener les schémas des APSICS effectués pour les laboratoires 3, 4 et 5 et revoir les notions de relation d'aide pour les laboratoires 3, 4 et 5</p>	

Appendice I
Sondage d'appréciation par les étudiants

Sondage pour les étudiants – Laboratoire 2

- 1) Selon vous, est-ce que les activités d'apprentissage dans ce laboratoire ont contribué à votre apprentissage de l'évaluation de la condition de santé mentale ?
 - ☐ Tout à fait en accord
 - ☐ Plutôt en accord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ Pas du tout en accord

- 2) Selon vous, est-ce que ces activités d'apprentissage ont permis de développer votre jugement clinique concernant l'évaluation de la condition mentale?
 - ☐ Tout à fait en accord
 - ☐ Plutôt en accord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ Pas du tout en accord

- 3) Selon vous, quel est votre sentiment de compétence à effectuer une évaluation de la condition mentale?
 - ☐ Je me sens tout à fait compétente
 - ☐ Je me sens plutôt compétente
 - ☐ Je ne me sens pas vraiment compétente
 - ☐ Je ne me sens pas du tout compétente

- 4) Laquelle de ces affirmations vous décrit le mieux ?
 - ☐ A) Je me sens tout à fait capable de transférer ces connaissances dans la pratique.
 - ☐ B) Je me sens plutôt capable de transférer ces connaissances dans la pratique malgré quelques difficultés.
 - ☐ C) J'aurais beaucoup de difficultés à transférer ces connaissances dans la pratique.
 - ☐ D) Je serais incapable de transférer ces connaissances dans la pratique.

5) Si vous n'avez pas répondu A) à la question précédente, veuillez indiquer à quel(s) élément(s) d'apprentissage vous attribuez vos difficultés à transférer vos connaissances dans la pratique.

- ☐ Je dois me pratiquer davantage à effectuer une démarche de soins.
- ☐ Je dois faire le même exercice avec des patients ayant d'autres diagnostics.
- ☐ Je dois pouvoir faire une démarche de soins en contexte réel (ex. : en stage)
- ☐ Autre(s) : _____

Autres commentaires sur l'activité ?

Merci !

Appendice J
Sondage d'appréciation par les tutrices

Sondage pour les tutrices (réponses à développement) – Laboratoire 2

- 1) Quelle est votre appréciation du déroulement du laboratoire? (Temps, vidéo, activités, etc.)
- 2) Croyez-vous que ce modèle d'apprentissage est un bon moyen pour soutenir l'apprentissage de l'évaluation de la condition mentale pour des étudiantes en sciences infirmières au baccalauréat? Justifiez.
- 3) Croyez-vous que ce modèle d'apprentissage de l'évaluation de la santé mentale permettra d'accroître la sécurité et la qualité des soins offerts par les infirmières formées à l'aide de celui-ci? Justifiez.
- 4) Qu'est-ce que vous changeriez dans ce laboratoire? Pourquoi?
- 5) Qu'est-ce que vous ne changeriez pas dans ce laboratoire? Pourquoi?

Appendice K

Compilation des résultats du sondage des étudiants (1^{ère} cohorte)

Compilation des données (sondage étudiant cohorte de Laval n=100)

Questions	A)	B)	C)	D)
1) Selon vous, est-ce que les activités d'apprentissage dans ce laboratoire ont contribué à votre apprentissage de l'évaluation de la condition de santé mentale ?	Tout à fait en accord 50	Plutôt en accord 47	Plutôt en désaccord 3	Pas du tout en accord 0
2) Selon vous, est-ce que ces activités d'apprentissage ont permis de développer votre jugement clinique concernant l'évaluation de la condition mentale?	Tout à fait en accord 45	Plutôt en accord 50	Plutôt en désaccord 5	Pas du tout en accord 0
3) Selon vous, quel est votre sentiment de compétence à effectuer une évaluation de la condition mentale?	Je me sens tout à fait compétente 7	Je me sens plutôt compétente 64	Je ne me sens pas vraiment compétente 28	Je ne me sens pas du tout compétente 1
4) Laquelle de ces affirmations vous décrit le mieux ?	Je me sens tout à fait capable de transférer ces connaissances dans la pratique 14	Je me sens plutôt capable de transférer ces connaissances dans la pratique malgré quelques difficultés. 78	J'aurais beaucoup de difficultés à transférer ces connaissances dans la pratique. 8	Je serais incapable de transférer ces connaissances dans la pratique. 0

5) Si vous n'avez pas répondu A) à la question précédente, veuillez indiquer à quel(s) élément(s) d'apprentissage vous attribuez vos difficultés à transférer vos connaissances dans la pratique?	Je dois me pratiquer davantage à effectuer une démarche de soins. 33	Je dois faire le même exercice avec des patients ayant d'autres diagnostics. 42	Je dois pouvoir faire une démarche de soins en contexte réel (ex. : en stage). 44	Autre(s) : Non applicable : 14 Pas répondu à cette question : 2
Autres commentaires	- Avoir un exemple concret est rassurant, pertinent et instructif.			14
	- Il est difficile de tous s'entendre sur quoi inscrire au PTL.			4
	- Trop serré dans le temps.			3
	- Aide à visualiser les habiletés de communication.			2
	- Difficile de trouver les besoins prioritaires et les objectifs puisque l'APSIC sur la schizophrénie n'a pas été fait.			2
	- Aucun problème explicite donc difficile à identifier.			1
	- Rafraichit la mémoire sur la démarche de soins.			1
	- Il serait préférable d'effectuer des jeux de rôle.			1

Appendice L
Compilation des résultats du sondage des étudiants (2^e cohorte)

Compilation des données (sondage étudiant cohorte de Montréal, n=109)

Questions	A)	B)	C)	D)
1) Selon vous, est-ce que les activités d'apprentissage dans ce laboratoire ont contribué à votre apprentissage de l'évaluation de la condition de santé mentale ?	Tout à fait en accord 36	Plutôt en accord 65	Plutôt en désaccord 8	Pas du tout en accord 0
2) Selon vous, est-ce que ces activités d'apprentissage ont permis de développer votre jugement clinique concernant l'évaluation de la condition mentale?	Tout à fait en accord 27	Plutôt en accord 70	Plutôt en désaccord 11	Pas du tout en accord 0
3) Selon vous, quel est votre sentiment de compétence à effectuer une évaluation de la condition mentale?	Je me sens tout à fait compétente 0	Je me sens plutôt compétente 47	Je ne me sens pas vraiment compétente 61	Je ne me sens pas du tout compétente 1
4) Laquelle de ces affirmations vous décrit le mieux ?	Je me sens tout à fait capable de transférer ces connaissances dans la pratique. 4	Je me sens plutôt capable de transférer ces connaissances dans la pratique malgré quelques difficultés. 92	J'aurais beaucoup de difficultés à transférer ces connaissances dans la pratique. 13	Je serais incapable de transférer ces connaissances dans la pratique. 0

5) Si vous n'avez pas répondu A) à la question précédente, veuillez indiquer à quel(s) élément(s) d'apprentissage vous attribuez vos difficultés à transférer vos connaissances dans la pratique?	Je dois me pratiquer davantage à effectuer une démarche de soins. 35	Je dois faire le même exercice avec des patients ayant d'autres diagnostics. 40	Je dois pouvoir faire une démarche de soins en contexte réel (ex. : en stage). 67	Autre(s) : Non applicable : 4 Pas répondu à cette question : 2
Autres commentaires	- Avoir un exemple concret est rassurant, pertinent et instructif.			10
	- Difficile de faire la démarche de soins sans avoir vu la théorie (Schizophrène).			1
	- Pertinent de valider les points de vue de chaque équipe pendant les exercices.			1
	- Difficile de faire une entrevue en stage sans l'avoir pratiquée.			1
	- Répétitif de refaire une démarche de soin en classe et dans le stage.			1
	- Aide à clarifier les particularités de la démarche de soins dans le contexte de santé mentale.			1

Appendice M
Commentaires de l'équipe de formateurs (1^{ère} cohorte)

Commentaires de l'équipe de formateur (1^{ère} cohorte)

- ✓ Trop serré dans le temps / manque de temps pour effectuer toutes les activités d'apprentissage.
- ✓ Demander aux étudiants de lire le canevas de collecte de données avant le laboratoire pour faciliter l'activité de collecte de données pendant et après le visionnement de l'entrevue et leur permettre une collecte davantage en profondeur.
- ✓ Identifier les éléments de la collecte de données à faire ressortir par les tuteurs en plénière.
- ✓ Pertinence d'expliquer dans quel contexte se déroule l'entrevue semi-structurée visionnée.
- ✓ Difficulté à évaluer le non verbal du patient compte tenu de l'angle de la caméra (au-dessus des acteurs).
- ✓ Inquiétude des étudiants en lien avec l'expertise de l'infirmière partenaire.

Appendice N
Commentaires de l'équipe de formateurs (2^e cohorte)

Commentaires de l'équipe de formateur (2^e cohorte)

- ✓ Les étudiants semblaient davantage préparés
- ✓ Gestion du temps et organisation des activités facilitées
- ✓ En tant qu'infirmière on s'y retrouve plus facilement dans cette vidéo que dans la vidéo montrant une entrevue entre une psychiatre et un patient.
- ✓ Serait-il pertinent de fournir le gabarit d'un PTI aux étudiants pour faciliter leur organisation lorsque vient le temps de poser des besoins/problèmes prioritaires et leurs interventions associées.